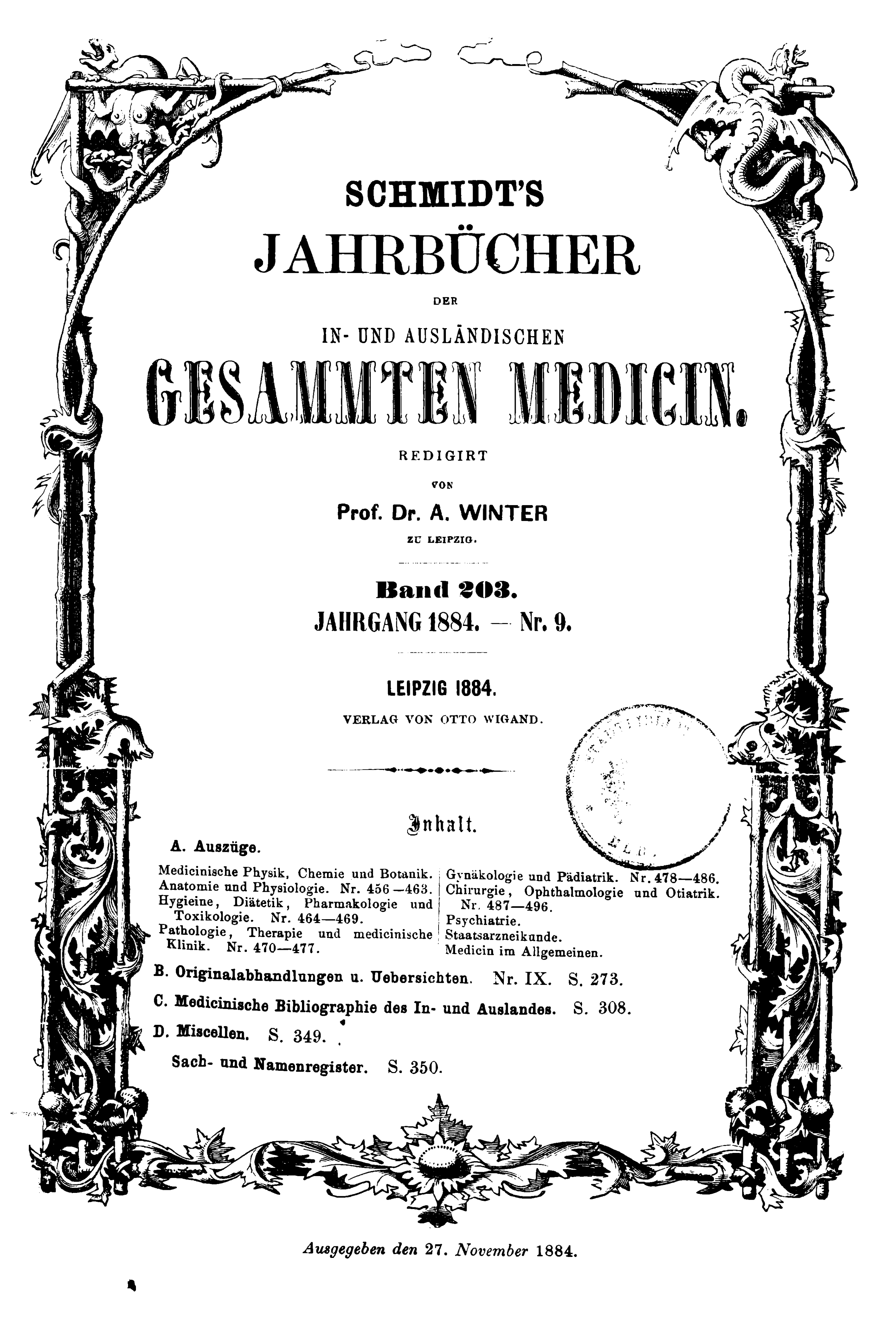


SCHMIDT'S JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

REDIGIRT

VON

Prof. Dr. A. WINTER

ZU LEIPZIG.

Band 203.

JAHRGANG 1884. — Nr. 9.

LEIPZIG 1884.

VERLAG VON OTTO WIGAND.

Inhalt.

Ausgegeben den 27. *November* 1884.



INHALT:

A. Auszüge.

I. *Anatomie und Physiologie.*

II. *Hygieine, Diätetik, Pharmakologie und Toxikologie.*

III. *Pathologie, Therapie und medicinische Klinik.*

IV. *Gynäkologie und Pädiatrik.*

V. *Chirurgie, Ophthalmologie und Otiatrik.*

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 203. **1884.** **№ 3.**

A. Auszüge.

I. Anatomie u. Physiologie.

456. **Zur Beleuchtung der Formen der Zellen**; von J. O. Hennum, Prosektor in Christiania. (Arch. f. Math. og Naturvidensk. IX. S. 301—404. 1884 [1]).

Die am häufigsten bei der mikroskopischen Untersuchung sichtbare Form der Zellen ist die eines Sechsecks, so dass man auf die Vermuthung kommen könnte, dass eine Zelle durch den Druck ihrer Nachbarzellen diese Form annehmen und von allen Seiten darbieten müsste; doch lässt sich durch lauter reguläre Sechsecke kein Körper begrenzen. Um Klarheit über die Form zu gewinnen, die die Zellen durch gegenseitigen Druck annehmen müssen, hat H. Versuche mit Thonkugeln gemacht, die er in verschiedener Anordnung in verschiedener Weise zusammendrückte. In Bezug auf die Resultate, zu denen er gekommen ist, hebt H. selbst hervor, dass sie nur soweit zur Erklärung der Zellenform dienen sollen, als diese durch den Druck bedingt ist, wobei es vorläufig dahingestellt bleibt, ob sich nicht alle Zellenformen auf mechanischem Wege erklären lassen; selbstverständlich ist es, dass es sich nicht um reine mathematische Formen handeln kann, die sich in den lebenden Naturreichen nicht finden. Vorläufig hat H. nur die Verhältnisse berücksichtigt, die sich bei auf einer Ebene liegenden Kugeln ergeben, die Verhältnisse andern Kugel- und Cylinderflächen gegenüber für spätere Versuche aufsparend; indessen ist er geneigt, zu glauben, dass Kugeln unter übrigens gleichen Umständen im Wesentlichen sich auf dieselbe Weise verhalten, wenn sie an der innern oder äussern Fläche von Kugeln oder Cylindern liegen, als auf der Ebene.

[1]) Besten Dank für gütige Uebersendung eines Sonder-Abdrucks. W. B.

Neben einander liegende Kugeln können entweder in quadratischer Ordnung liegen (so dass die Verbindungslinien zwischen den Centris je 4 neben einander liegender Kugeln ein Quadrat bilden) oder in triangularer (so dass die Verbindungslinien der Centra je 3 neben einander liegender Kugeln ein gleichseitiges Dreieck bilden).

Wenn eine Lage Kugeln in quadratischer Ordnung zusammengedrückt wird, entstehen rechtwinklige 4seitige Prismen, bei denen die Höhe grösser ist als die Seite der Grundfläche, wenn der Druck in horizontaler Richtung wirkt, die Seite der Grundfläche grösser als die Höhe, wenn der Druck in vertikaler Richtung wirkt; bei gleichem Druck von allen Seiten entstehen Würfel. — Liegen die Kugeln in triangularer Anordnung, so entstehen durch den Druck 6seitige reguläre Prismen, mit geringerer oder grösserer Höhe je nach der Richtung des Drucks.

Wenn Kugeln in 2 Lagen liegen, können sie in horizontaler Richtung in quadratischer oder triangularer Ordnung liegen, in vertikaler Richtung in quadratischer oder triangularer Ordnung, in der Ordnung der vierseitigen Pyramide oder in der Ordnung eines Tetraëders. Es ergeben sich hieraus 6 Arten der Anordnung, bei denen durch Druck folgende Körper aus den Kugeln entstehen. Bei quadrat.-quadrat. Anordnung entstehen reguläre 4seitige Prismen, wie bei einer Lage Kugeln; bei quadrat. und triangularer Anordnung dachförmig zugespitzte 4seitige Prismen; bei der Anordnung in 4seitige Pyramiden 4seitige Prismen, an dem einen Ende mit einer Rhombendodekaëderspitze; bei triangular-quadratischer Anordnung reguläre 6seitige Prismen, wie bei Kugeln in einer Lage; bei triangularer Anordnung in beiden Richtungen 6seitige Prismen, an dem einen Ende mit dem Endstücke eines Tessarakaidekaëders; bei tetraëdrischer Anordnung 6seit. Prismen mit einer Rhombendodekaëderspitze.

Bei Anordnung der Kugeln in 3 Lagen entstehen bei quadratischer Anordnung in horizontaler Richtung und bei quadratischer und triangularer Anordnung, sowie bei triangularer in horizontaler und quadratischer in vertikaler Richtung dieselben Formen wie bei den entsprechenden



Anordnungen, wenn nur eine Lage Kugeln vorhanden ist, bei den 3 andern Anordnungen zeigen die äussern Lagen dieselben Formen wie bei 2 Lagen, in der mittlern Lage sind die Prismen aber an beiden Enden in entsprechender Weise zugespitzt, in derselben Weise müssen sich auch Kugeln in unendlich vielen Lagen verhalten.

Immer entstehen 4- oder 6seitige Prismen mit entweder platten oder in verschiedener Weise zugespitzten Enden. Bezeichnet man die Mitte des Prisma als Aequatorialzone, die Enden als Polarzonen, so ergiebt sich, dass die Form der Aequatorialzone abhängt von der horizontalen Anordnung, sie bildet ein 4seitiges Prisma bei quadratischer, ein 6seitiges bei triangularer Anordnung. Die Form der Polarzonen wird bedingt durch die vertikale Anordnung, sie kann an demselben Prisma verschieden sein, wenn die oberhalb und unterhalb gelegene Lage sich in verschiedener vertikaler Anordnung befindet. Weitere Verschiedenheiten der Formen ergeben sich aus wechselnden Anordnungen, verschiedener Grösse und Consistenz der Kugeln, Verschiedenheiten des Druckes u. s. w.

Alle diese verschiedenen Formen lassen sich auf 4 Grundformen zurückführen: den Würfel, das 6seitige Prisma, das Tessarakaidekaëder und das Rhombendodekaëder.

Weiter bespricht H. die Schnitte durch die Kugel und die 4 Grundformen, die für die mikroskopische Untersuchung von Wichtigkeit sind, da sich unter dem Mikroskop nur 2dimensionale Formen zeigen, entweder als optische Durchschnitte durch die Körper oder als wirkliche Schnittflächen durch dieselben.

Die Grundformen der in verschiedenen Richtungen gelegten Schnittflächen sind folgende: beim Würfel gleichseitige Dreiecke, Quadrate, Rechtecke, unregelmässige Sechsecke; beim 6seitigen Prisma gleichschenklige Dreiecke, Vierecke (Rechtecke, Trapeze), Fünfecke (mit 2 parallelen Seiten), Achtecke; beim Rhombendodekaëder Dreiecke (gleichseitige), Vierecke (Quadrate), Fünfecke (mit 2 parallelen Seiten), Sechsecke (regelmässige und unregelmässige), Siebenecke, Achtecke (Quadrate mit abgeschnittenen Ecken), Neunecke; beim Tessarakaidekaëder Vierecke (Quadrate, Rechtecke, Rhomben), Sechsecke (regelmässige und unregelmässige), Achtecke (Quadrate mit abgeschnittenen Ecken, einfache Achtecke).

Verschiedene Grundformen können also gleiche und dieselbe Grundform kann verschiedene Schnittflächen geben; von einem einfachen Schnitt kann man deshalb nicht auf die Grundform schliessen, welcher er angehört, namentlich da die mikroskopischen Schnitte nicht mit der Regelmässigkeit liegen, wie sie den idealen Verhältnissen entspricht. Eine 3dimensionale Form lässt sich aus Schnittflächen erst dann construiren, wenn man mehrere Schnittreihen mit bekannten Abstande der Schnittflächen untersuchen kann. Bei der mikroskopischen Untersuchung histologischer Präparate stellt man unwillkürlich auf die Kerne ein und nimmt die Schnittfläche als Form an, die 3. Dimension übersehend; die Zellen verlieren dabei ihre Körperlichkeit.

Wenn man Schnitte durch die Mittelpunkte der 4 Grundformen legt, parallel den Flächen, den Kanten oder senkrecht auf die Vereinigungslinien zwischen den Ecken, erhält man Quadrate, Rechtecke, Achtecke und (in überwiegender Anzahl, 59% aller Schnitte) Sechsecke. Die Zellen werden aber in der Regel nicht einzeln untersucht, sondern in Lagen mit bestimmter Anordnung und eine rationelle Schnittführung muss entweder parallel mit der Oberfläche der Lage, oder in frontaler, oder in sagittaler Richtung verlaufen. Der Würfel giebt in allen diesen 3 Richtungen Quadrate, ebenso das Rhombendodekaëder mit 4seitiger Aequatorzone; das 6seitige liegende Prisma auf dem Horizontalschnitt Quadrate, auf dem Sagittalschnitt Rechtecke, auf dem Frontalschnitt Sechsecke; das stehende 6seitige Prisma Sechsecke auf dem horizontalen, Rechtecke auf dem sagittalen und Quadrate auf dem frontalen Schnitt; das Tessarakaidekaëder giebt auf Horizontal- und Frontalschnitt Sechsecke, auf dem Sagittalschnitt Achtecke, das Rhombendodekaëder mit 6seit. Aequatorzone lauter Sechsecke.

Die quadratische Anordnung der Zellen in horizontaler Richtung scheint selten zu sein im Thierreiche, da die Zellen das Bestreben haben, so dicht wie möglich aneinander zu liegen. Bei triangularer Anordnung zeigen die Horizontalschnitte in 100%, die Frontalschnitte in 66%, die Sagittalschnitte in 33% Sechsecke; nimmt man nun auch in vertikaler Richtung die triangulare Ordnung als vorwiegend an, so ergiebt sich das Rhombendodekaëder als häufigste Form und bei Einstellung auf den Kern werden alle ideal geformte Zellen sechseckige Schnittflächen geben.

Schlüsslich bespricht H. noch die Schnitte durch regelmässig geordnete Haufen von Kugeln und Körpern der von ihm aufgestellten Grundformen und veranschaulicht durch schematische Zeichnungen die verschiedenen Formen, welche bei verschiedener Schnittrichtung und verschiedener Anordnung der Körper entstehen, unter besonderer Rücksicht auf die Sichtbarkeit in der Mitte der Körper gedachter Kerne, die nur sichtbar werden, wenn der Schnitt durch die Mitte der Körper geht.

Die Schnitte von Kugeln geben immer Kreise von verschiedener Grösse in einzelnen Reihen und mit Kernen oder ohne solche.

Würfel in unendlich vielen Lagen geben bei allen Schnittrichtungen Quadrate, ebenso Rhombendodekaëder, doch in schräger Lage, liegende 6seitige Prismen regelmässige Sechsecke bei Frontalschnitt, bei Sagittalschnitt eine horizontale Reihe kernhaltige Rechtecke, abwechselnd mit einer Reihe kleinerer kernloser Rechtecke. Auf dem Horizontalschnitt geben alle diese Körper kernhaltige Quadrate. — Stehende 6seitige Prismen geben bei Horizontalschnitt Quadrate, bei Sagittalschnitt Reihen von abwechselnd liegenden kernhaltigen und stehenden kernlosen Rechtecken. Der Frontalschnitt von Tessarakaidekaëdern zeigt regelmässige Sechsecke mit Kernen, der Sagittalschnitt Achtecke mit Kernen, mit Quadraten ohne Kerne abwechselnd. Bei Rhombendodekaëdern zeigt der Frontalschnitt eine horizontale Reihe kernhaltiger Sechsecke und 2 Reihen kernloser Fünfecke abwechselnd, der Sagittalschnitt horizontale Reihen mit abwechselnd kernhaltigen Sechsecken und kernlosen Rhomben. Auf dem Horizontalschnitte geben alle diese Körper regelmässige Sechsecke mit Kernen.

Würfel in 2 Lagen zeigen im Frontal- und Sagittalschnitt Quadrate mit Kernen; liegende 6seitige Prismen (an der einen Seite von einer Fläche begrenzt) auf dem Frontalschnitt kernhaltige Fünfecke, auf dem Sagittalschnitt eine Reihe stehende kernhaltige Rechtecke und eine Reihe liegende kernlose Rechtecke; Rhombendodekaëder (an dem einen Ende mit einer Fläche begrenzt) auf dem Frontal- und Sagittalschnitt kernhaltige Fünf-

ecke. Stehende 6seitige Prismen zeigen auf dem Frontalschnitt 2 Reihen Quadrate, auf dem Sagittalschnitt 2 Reihen abwechselnd kernhaltige und kernlose Rechtecke; an einem Ende von einer Fläche begrenzte Tessarakaidekaëder auf dem Frontalschnitt Fünfecke mit Kernen, auf dem Sagittalschnitt 2 Reihen abwechselnd kernhaltiger Sechsecke und kernloser Rechtecke; an einem Ende von einer Fläche begrenzte Rhombendodekaëder auf dem Frontalschnitt eine Reihe kernhaltige und eine Reihe kernlose Fünfecke, auf dem Sagittalschnitt Reihen von kernhaltigen und kernlosen Vierecken. Die Horizontalschnitte dieser 6 Körper zeigen je nach der quadratischen oder triangularen Ordnung Quadrate oder Sechsecke mit Kernen.

In einer Lage geben Würfel bei horizontaler, frontaler und sagittaler Schnittrichtung Quadrate mit Kernen, die 6seitigen Prismen auf Horizontalschnitten reguläre Sechsecke mit Kernen, auf Frontalschnitten eine Reihe Quadrate mit Kernen, auf dem Sagittalschnitt eine Reihe von abwechselnd kernhaltigen und kernlosen Vierecken.

Während die Kerne bei Horizontalschnitten stets getroffen werden, geschieht diess bei sagittalen und frontalen Schnitten, die bei histologischen Untersuchungen am häufigsten benutzt werden, nur unter manchen Verhältnissen, namentlich wenn man bedenkt, dass die Zellen in horizontaler Richtung am häufigsten triangular angeordnet sind. Und doch sieht man auf den histologischen Zeichnungen Kerne fast in jeder Zellenschnittfläche; nach H. ist deshalb die Frage berechtigt, ob diess mit Dem, was die histologischen Schnittpräparate selbst wirklich zeigen, in Uebereinstimmung ist.

(Walter Berger.)

457. **Zur Kenntniss der Regeneration der Epidermis beim Säugethier**; von Prof. W. Flemming. (Arch. f. mikroskop. Anat. XXIII. p. 148—154. 1884.)

Als einen sehr geeigneten Ort zur Wahrnehmung von reichlichen Zelltheilungen im Stratum Malpighii der Oberhaut bezeichnet F. die Scheibe des Schweinsrüssels. Der Rüssel, der von einem ausgewachsenen Thiere entnommen war und keine Spur einer pathologischen Veränderung zeigte, war in $^1/_4$proc. Chromsäure fixirt und etwa 6 Tage darin gelassen, dann in Alkohol aufbewahrt worden. In den tiefsten 2—3 Lagen der Malpighi'schen Schicht, wo Zellen und Kerne im Durchschnitt geringere Grösse und die Kerne stärkere Tinktion zeigen, fanden sich Mitosen (karyokinetische Figuren) aller Formen.

Auffallend ist, dass die Theilungen fast überall lokal *gruppirt* liegen; wo eine gefunden wird, zeigen sich meist in der Umgegend noch mehrere; andererseits sind grosse Schnittstrecken oder Schnitte von mehr als 1 cm Länge ganz frei von Theilungen. Der *lokalen* Gruppirung entspricht auch eine *zeitliche*. Die Epidermis des Schweinsrüssels ist, wenn auch durch ihren Reichthum an verschiedenen Nervenendigungen ausgezeichnet, doch ein Theil der Oberhaut, dem man keine specifischen Verschiedenheiten gegenüber dem sonstigen Hornepithel zusprechen kann. Sie braucht bei der starken Abnutzung durch das Wühlen wohl eine relativ lebhafte Regeneration und diesem Bedürfniss entspricht eine besondere Reichlichkeit der Theilungen. Mit Recht macht F. darauf aufmerksam, dass es sehr wenig glaublich sei, wenn man an andern Stellen der Haut ganz abweichende Arten der Regeneration annehmen wollte, während an dem erwähnten Ort die Regeneration durch mitotische Zelltheilung statthat.

Schon vor einigen Jahren stellte es F. als die wahrscheinlichste Annahme hin, dass die Regeneration und überhaupt aller Epithelnachwuchs durch fortdauernde indirekte Theilungen der Zellen in den tiefsten Schichten des Malpighi'schen Lagers bedingt sei. Mehr und mehr hat sich seitdem die Aussicht verringert, dass in der Epidermis eine Vermehrung durch freie Zellbildung, oder doch mit freier Kernbildung, oder mit direkter Kerntheilung, entweder neben indirekter Theilung oder selbst als alleiniger Modus des normalen Ersatzes vorhanden sei. Als wichtigste fernere Beweise führt F. noch auf: 1) reichliche mitotische Kerntheilungen in der Epidermis erwachsener Amphibien, bei welchen kein Grund vorliegt, noch eine andere als indirekte Kerntheilung anzunehmen; 2) reichliche Kerntheilungen im Corneaepithel erwachsener Säugethiere und des Menschen; 3) reichliche Kerntheilungen in der Epidermis von Embryonen, Larven und noch wachsenden Thieren. Zu ihnen gesellt sich also der neue Befund am Schweinsrüssel als direkte Bestätigung. Zugleich erklärt die lokale und zeitliche Gruppirung die Leichtigkeit, mit welcher der Vorgang in der Epidermis des erwachsenen Säugethieres sich der Aufmerksamkeit der Beobachter entziehen konnte.

(Rauber.)

458. **Zur Physiologie und Histologie der Skeletmuskeln**; von Prof. P. Grützner in Bern. (Bresl. ärztl. Ztschr. Nr. 24. p. 257—258. 1883.)

Die neuen Untersuchungen von G. sind besonders an den Muskeln des Frosches und des Kaninchens angestellt worden.

Wurden beliebige Froschmuskeln bei einer Temperatur von einigen 40° C. getrocknet und dann in feine Querschnitte zerlegt, so zeigten sich an den mit Wasser und etwas Essigsäure aufgehellten Querschnitten zwei ganz verschiedene Muskelprimitivfasern. Die einen sind gross und hell, mattgrau und in der Regel klein die andern. So verhält es sich bei Winter- u. Sommerfröschen. Die beiden Muskelarten sind in den verschiedenen Muskel-Individuen nach ganz bestimmten Regeln vertheilt, was man am besten an kleinen Muskeln übersehen kann, z. B. am Sartorius. Die freie, unter der Haut gelegene Fläche dieses Muskels enthält die zweite Gruppe der dünnern Muskelfasern, welche die grosse Masse der andern dickern, hellern deckt. Wenn man durch Kunstgriffe bald die eine, bald die andere Gruppe von Fasern zur Zuckung bringt, so zieht sich der Muskel entweder langsam wie ein Wurm zusammen oder zuckt schnell hüpfend, blitzartig hin und her. Reizt man ihn durch einen einzigen Induktionsschlag von seinem Nerven aus, so zuckt erst die eine, dann die andere Fasergruppe.

Wie bei dem Ritter'schen Versuche schwache Reizungen wesentlich die Beuger, starke dagegen die Strecker zur Zusammenziehung bringen, so nehmen die einzelnen Muskeln ganz verschiedene Gestalten, beziehungsweise, wenn sie frei aufgehängt sind, Bewegungen an, je nach der Stärke der angewendeten Reize. In dem Wadenmuskel z. B. werden in Folge schwacher nervöser Reize Fasergruppen in Contraktion versetzt, die den Muskel nach aussen von der Mittellinie wegziehen. Die Achillessehne bewegt sich nach auswärts. Erst bei stärkern Reizungen beginnen symmetrische Zusammenziehungen. Ein vorzügliches Mittel, die verschieden stark erregbaren Fasern durch verschieden starke Reize gewissermaassen auszulesen, ist die chemische Reizung des Nervenstammes. Wird der ganze Hüftnerv chemisch gereizt, so treten immer zuerst die leichter erregbaren Muskelgruppen in Thätigkeit. Der ganze Schenkel beugt sich; erst in zweiter Linie streckt er sich. Selten gehen die beiden Zustände so ineinander über, dass sie sich verwischen; meist sind sie zeitlich ausreichend weit von einander geschieden.

Die verschiedenen Muskelfasern weisen auch chemische Verschiedenheiten auf. Sie färben sich verschieden in Osmiumsäure, sind verschieden reich an Körnchen, färben sich in Jodkaliumlösung, was die dunklern betrifft, braungelb bis rothbraun, während die dicken Muskelfasern hellgelb bleiben; die erstern enthalten wahrscheinlich mehr Glykogen. Die Frage nach der Bedeutung jener beiden Arten von Fasern beantwortet G. dahin, dass wir hier in einzelnen Exemplaren diejenigen Muskelbündel vor uns haben, welche in der Gesammtheit die sogen. rothen oder weissen Muskeln bilden, welche bekanntlich Ranvier früher beschrieben hat. Die dunkeln entsprechen den rothen, die hellen den weissen.

Wie bei dem Frosch-, so verhält es sich auch bei dem Säugethiermuskel. Bei den verschiedenen Wirbelthieren haben wir also zwei Arten von Muskelfasern, schnell sich zusammenziehende, leichter erreg- und ermüdbare *weisse* und langsam sich zusammenziehende, weniger erreg- und ermüdbare *rothe*, aus denen die einzelnen Muskel-Individuen in verschiedener Weise aufgebaut werden. Entweder findet sich wesentlich die erste Gruppe, dann haben wir weisse, oder wesentlich die zweite, dann haben wir rothe Muskeln. Alle übrigen Muskeln stellen Gemische dieser Fasern dar und tragen bald mehr die Eigenschaften der ersten, bald mehr diejenige der zweiten Fasergattung. Nach Nervendurchschneidungen sind die rothen Muskeln resistenter als die weissen. (Rauber.)

459. **Ueber die Tagesschwankungen der Muskelkraft des Menschen**; von Dr. M. Buch. (Berl. klin. Wchnschr. Nr. 28. p. 436—439. 1884.)

Schon im J. 1879 hatte B. eine Reihe von Beobachtungen angestellt, welche über den Einfluss von Schlafen und Wachen, von Hunger und Sättigung auf die durch das Dynamometer messbare Muskelkraft Aufschlüsse geben sollten. B. bediente sich des *Mathieux*'schen Dynamometer zu Messungen an sich selbst. Am niedrigsten erwies sich die Muskelkraft zur Zeit des Erhebens aus dem Bett; sie hob sich nach dem Frühstück, erreichte ihr Maximum nach dem Mittagessen, sank am Nachmittage und stieg zum Abendessen zu einem zweiten Maximum, welches das erste aber nicht ganz erreichte. Als sicher nimmt B. dabei an, dass bei verschiedener Lebensweise auch die Tagesmaxima ihren Platz ändern. Während starker Schweissbildung in Folge von reichlichem Theegenuss sank die Muskelkraft bedeutend.

B. vergleicht darauf mit seinen eigenen Ergebnissen diejenigen eines andern Bearbeiters desselben Gegenstandes (M. Powarnin: Ueber den Einfluss des Schlafes auf die Muskelkraft des Menschen. Petersburg 1883). Letzterer führte seine Untersuchungen an 115 gesunden Personen aus, die in einem Asyl für Obdachlose untergebracht waren, ein Umstand, der B. Veranlassung giebt, die Zuverlässigkeit der Angaben doch einigermaassen zweifelhaft zu finden. Die durchschnittliche Zunahme der Kraft zum Abend erstreckte sich in Powarnin's Fällen auf alle geprüften Muskelgruppen, mit Ausnahme der die Arme erhebenden Muskeln, deren Kraft ungefähr dieselbe blieb. Bei Erwachsenen mit gutem Körperbau und guter Ernährung war der abendliche Kraftzuwachs bei mässiger Arbeit am ausgeprägtesten, während bei geringer Arbeit häufig die Kraft zum Abend sank. Bei 20 untersuchten Knaben war die Kraft am Montag Abend im Vergleich zum Morgen gesunken, stieg dann zum Dienstag Morgen und erst am Dienstag Abend trat wieder der abendliche Kraftzuwachs in Geltung und blieb die ganze Woche die Regel. (Rauber.)

460. **Ueber die Innervation der Kardia durch die Nervi pneumogastrici**; von Th. von Openchowski in Kieff. (Med. Centr.-Bl. Nr. 31. 1883.)

Die von v. O. unter der Leitung von Prof. Kronecker ausgeführten Untersuchungen führten zu folgenden anatomischen Ergebnissen.

Der rechte Vagus schickt direkt, der linke meist indirekt, vermittelst einer Commissur Zweige zum Auerbach'schen Plexus des Magens (Kaninchen). Andererseits treten zu demselben Plexus sympathische Fasern aus dem Mesenterium. Die netzförmig verstrickten Enden des Auerbach'schen Plexus vertheilen sich in der Muskulatur des Magens und der Kardia so, dass die Ganglienzellen des Plexus ein intermediäres Centrum darstellen, in Bezug auf welches die Vagus-, bez. sympathischen, Fasern centripetale, die in die Muskulatur sich senkenden Nerven centrifugale Bahnen darstellen. Die NN. vagi schicken ausserdem dünnere Fasern zu kleinen Ganglienzellenhaufen, welche auf der Kardia zerstreut liegen. An den grossen Aesten der Vagi hängen,

auf der kardialen Region liegend, grössere, bis 20 Zellen enthaltende Ganglienhaufen. Am linken Vagus wurden drei, am rechten acht solche Gruppen gezählt.

Dieser anatomische Befund wird durch folgende physiologische Thatsachen verständlich. Die losgetrennte Kardia (des Frosches) kann stundenlang rhythmische Contraktionen ausführen. Beim lebenden Kaninchen ist die ungereizte Kardia ruhig; nach dem Tode macht sie einige rhythmische Contraktionen (Kardialpuls). Diese Contraktionen können am lebenden Thiere gesehen werden, wenn die Kardia anämisch gemacht wird (durch Absperren der Art. coeliaca). Einzelne Induktionsschläge, welche auf die Vagi wirken, bringen keine Contraktionen hervor, wohl aber starke, im Intervall von $^1/_3''$ aufeinander folgende Schläge. Reize von $^1/_{12}$—$^1/_{30}''$ Intervall wirken bei mässiger Stromstärke contrahirend, bei geringer dagegen erweiternd auf die Kardia. Noch frequentere Reize ($^1/_{50}$—$^1/_{60}''$ Intervall) veranlassen auch bei ansehnlichen Stromstärken Erweiterung. Diejenigen Reize, welche zur Eröffnung der Kardia genügten, liessen im gleichzeitig registrirten Herzschlag oft noch keine Vaguswirkung erkennen. Wurden alle Vaguszweige durchtrennt, welche nicht direkt in die Kardia sich einsenken, so erzielte die elektr. Reizung der Vagi bei jeder wirksamen Stromstärke starke Erweiterung der Kardia. Glückte es dagegen, die kardialen Fasern zu zerstören, während die Magenfasern intakt blieben, so erzielten Reizungen der Vagi nur Schliessung der Kardia bei jeder Stromstärke. Es sind hiermit gesonderte Nervi constrictores und ein gesonderter N. dilatator cardiae nachgewiesen. Auch nach Ausschaltung aller zugänglichen sympathischen Wege, welche von Bauchganglien zum Magen ziehen, blieben die angegebenen Erscheinungen unverändert.

(Rauber.)

461. Zur Physiologie der gefässerweiternden und gefässverengernden Nerven; von E. v. Anrep und N. Cybulski. (Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 20. 1884.)

Während der Mechanismus der Gefässverengerung wegen des Baues der Gefässwände von der Entdeckung der gefässverengernden Nerven an immer sehr verständlich erschien, ist der Mechanismus der Gefässerweiterung immer noch mit Unklarheiten umgeben; wir besitzen in dieser Hinsicht nur hypothetische Erklärungen. Aus einer grossen Reihe von neuen Versuchen ziehen die Vff. folgende Schlüsse.

1) Es besteht keinerlei Analogie zwischen den Vagis und den gefässerweiternden Nerven hinsichtlich ihres Verhaltens dem Atropin gegenüber.

2) Es besteht ebenfalls keine Analogie zwischen den gefässverengernden Nerven und den Acceleratoren des Herzens, weil die stärkste Reizung der Beschleunigungsnerven nicht im Stande ist, den Effekt selbst einer sehr schwachen Vagusreizung zu überwältigen, während die Reizung der gefässverengernden Nerven mit schwachen und mit starken Strömen den Effekt der Reizung der gefässerweiternden Nerven aufhebt.

3) Eine bestimmte Höhe des Blutdrucks ist, wie es scheint, eine unerlässliche Bedingung zum Zustandekommen einer irgend bemerklichen Erweiterung der Gefässe.

4) Die latente Reizperiode sowohl der gefässerweiternden, als auch der gefässverengernden Nerven der Zunge, sowie die Wellenhöhe bei derselben Anzahl von Induktionsschlägen und das Maximum der Wellenhöhe stehen einander sehr nahe.

5) Folglich bestehen keine wesentlichen Verschiedenheiten zwischen diesen beiden Arten von Gefässnerven.

Die Gefässwand kann man sich zum Zweck der Verdeutlichung der Verhältnisse als einen Hebel vorstellen, an welchem in einem und demselben Punkte von zwei entgegengesetzten Seiten zwei ganz gleichstarke Muskeln ansitzen. Die Reizung jedes einzelnen dieser Muskeln würde eine Ablenkung der zeichnenden Feder zum gereizten Muskel hin bewirken, bei abwechselnder Reizung beider Muskeln würde die Feder auf die Seite abweichen, auf welcher die Reizung später einwirkte, und der Muskel frischer, weniger ermüdet war. Vff. halten sich hiernach für berechtigt zur Annahme zweier vollkommen selbstständiger neuromuskularer Apparate in den Gefässwänden, von welchen der eine Verengerung, der andere Erweiterung der Gefässe bewirkt. Die angestellten Versuche geben zugleich der von Exner ausgesprochenen Ansicht eine gewisse Stütze, dass nämlich die Gefässerweiterung von einer Contraktion der in der Gefässwand befindlichen Längsmuskeln herrühren könne. Die Vorstellungen, welche man sich von der Erweiterung der Gefässe machen könnte, würden demgemäss die folgenden sein. Die Arterie, ein elastisches Rohr, in welchem sich eine Flüssigkeit unter einem gewissen Druck bewegt, ist ausgedehnt, doch diese vom Druck abhängige Expansion geschieht sowohl in querer, als in longitudinaler Richtung, die Gefässe sind nicht nur ausgedehnt, sondern auch verlängert. Der Ausdehnungscoefficient jedes elastischen Körpers befindet sich in einer bestimmten Abhängigkeit von der Dehnbarkeit des betreffenden Körpers in querer und longitudinaler Richtung. Wenn die Möglichkeit der Ausdehnung in einer Richtung aufgehoben ist, so vergrössert sich die Ausdehnungsfähigkeit unter der Wirkung einer und derselben Kraft in der andern perpendikular zur erstern laufenden Richtung. Nehmen wir die Existenz von Apparaten an, welche in aktivem Zustande der durch den Druck bewirkten Verlängerung der Gefässe entgegenwirken können, so muss sich die Expansionsfähigkeit der Gefässe im Querdurchmesser vergrössern, was sofort zu einer Erweiterung führt.

(Rauber.)

462. **Die specifische Energie der Temperaturnerven**; von Dr. A. Goldscheider in Neisse. (Mon.-Bl. f. prakt. Dermat. III. 8. 1884.[1])

G. führte seine Untersuchungen über den Temperatursinn weiter fort.

Es sind nicht etwa *zufällige Leitungsverhältnisse* in der Haut als Ursache der von G. beschriebenen Temperaturpunkte anzusprechen; denn letztere bleiben an Ort und Stelle bestehen, auch wenn die Hornschicht weggenommen worden ist. Die betreffenden Punkte, beziehungsweise Nervenenden, sind ferner nicht allein durch den adäquaten Reiz irritabel, sondern auch für die *allgemeinen* Nervenreize. So wird durch *mechanischen* Reiz in den Kältepunkten Kälteempfindung, in den Wärmepunkten Wärmeempfindung erzeugt. So kann es auch gelingen, selbst mit *erhitzter* Nadel an Kältepunkten Kälteempfindung hervorzubringen, z. B. besonders leicht an den Dorsalflächen der Fingergelenke; eine abgekühlte Nadel kann an Wärmepunkten Wärmeempfindung hervorrufen. Das Wärmegefühl erscheint meist flächenhafter als das Kältegefühl.

Man könnte fragen, warum nicht bei *jedem* Druck Temperaturempfindungen entstehen. Nach G. ist es besonders Sache der Gewohnheit, welche uns bei entstehender Druckempfindung die gleichzeitige Temperaturempfindung nicht zum Bewusstsein gelangen lässt. Am besten gelingt die Wahrnehmung unter Anwendung eines besondern Instruments, das G. als Korkhammer bezeichnet, d. h. eines Perkussionshammers, der mit Kork, statt mit Gummi beschlagen ist. Je nach der Stelle können hierdurch eisige oder heisse Empfindungen bewirkt werden; zuweilen tritt ein Wettstreit auf. Die mechanische Erregbarkeit der Temperaturpunkte spielt nach G. ferner möglicherweise eine Rolle bei den sogenannten *Lokalzeichen* des taktilen Ortssinnes. Denn man kann sich sehr wohl vorstellen, dass die unbewusste Mischung der Temperaturgefühle mit dem Tast- und Druckgefühl ausserordentlich zu der verschiedenen lokalen Färbung des letztern beizutragen im Stande ist. Die thermischen Punkte sind natürlich auch durch den elektrischen Strom erregbar; es ist klar, dass es auch hier zunächst auf ein genaues Absuchen der bestimmten Stellen ankommt. Der Einwurf, dass die Stahlelektrode schon durch ihr Wärmeableitungsvermögen Kälteempfindung erzeugen könne, wird schon dadurch hinfällig, dass dieselbe auch *Wärmepunkte* anspricht.

Sehr leicht gelingt nach G. auch die Erzeugung excentrischer Kälte- und Wärmeempfindungen durch die Faradisation ganzer Nervenstämme. An jedem Temperaturpunkt herrscht völlige Analgesie; man braucht nur eine sehr gut gespitzte Nadel an einem Temperaturpunkte in die Haut einzustossen, um diess zu zeigen. Auch durch Faradisation erweisen sich Temperaturpunkte analgetisch. Der Temperatursinn besitzt hiernach, wie G. hervorhebt, einen gesonderten Nervenapparat, und zwar besondere Kältenerven und Wärmenerven, welche zusammen mit den Tastnerven verlaufen. Jeder Erregungszustand derselben, mag er durch den adäquaten oder durch allgemeine Nervenreize veranlasst sein, mag er von den Endorganen oder einer Reizung in der Continuität des Stammes ausgehen, wird als Kälte, beziehungsweise Wärme, empfunden, und ausser dieser einen Empfindung ist der Temperaturnerv einer anderweitigen nicht fähig. Die quantitative Schätzung der Temperaturreize wird zum Theil durch die Intensität der Erregung jedes einzelnen Temperaturpunktes, zum Theil durch die bei jeder Verstärkung des Reizes neu hinzutretenden Punkte erkannt u. beurtheilt. Auch der Temperatursinn ist mit der Fähigkeit einer *Nachdauer* der Empfindung versehen. Jede Veränderung der Eigentemperatur des nervösen Apparates setzt die Empfindlichkeit desselben überhaupt herab. (Rauber.)

[1] Vgl. Jahrbb. CCIII. p. 116.

463. **Ueber das Zusammenwachsen von Nerven** *verschiedenster Bestimmung und verschiedenster Funktion;* von Dr. Rawa in Kiew. (Med. Centr.-Bl. Nr. 34. 1883.)

Der Versuche über das Zusammenwachsen verschiedenartiger Nerven giebt es seit Flourens bekanntlich viele und bestand der Zweck der Versuche hauptsächlich in dem Bestreben, nachzuweisen, dass der Nerv nach zwei Richtungen leiten könne. Die von R. mehrere Jahre hindurch fortgesetzten Experimente bezweckten die Verwachsung von Nervenstämmen 1) verschiedener Funktion, u. 2) verschiedener Bestimmung, sowie die nachträgliche Prüfung der daraus entstehenden Folgen. R. benutzte keine Nervennähte, sondern vereinigte die durchschnittenen Nervenenden, nachdem sie übereinander gelegt oder gegeneinander umgebogen worden waren, durch eine Fadenschlinge. Folgendes sind die Ergebnisse von zahlreichen Versuchen an Kaninchen, Katzen, Hunden und Schweinen.

1) Das Zusammenheilen durchschnittener Nervenstämme gelingt besser durch einfaches Aneinanderbinden, als durch die Nervennaht.

2) Beim Verwachsen des peripheren Endes eines Muskelnerven mit dem centralen eines beliebigen andern wird die Funktion des erstern total wieder hergestellt.

3) Am Verwachsungsprocess betheiligt sich das Perineurium in hervorragender Weise.

Das Zusammenheilen von Nerven verschiedenartiger Funktion gelang nicht in allen Fällen, doch in den meisten. So wurde der N. vagus mit dem N. hypoglossus auf die erwähnte Art vereinigt, sowohl das centrale Ende des Hypoglossus mit dem peripheren des Vagus als umgekehrt, sowohl auf der linken, als auf der rechten, als auch auf beiden Seiten. So konnten also die centralen Nervenapparate Organe innerviren, die zu ihnen gar nicht hingehören. Es bestätigte sich dabei, dass die centralen

Nervenapparate Hauptenährungsherde für periphere Nervenendigungen sind. Zur Herstellung der Funktion eines peripheren Nervenstumpfes, der mit dem centralen eines beliebigen andern Nerven vereinigt worden war, erwies sich eine Zeit erforderlich, deren Dauer bei verschiedenen Thieren sich verschieden herausstellte und zwischen 6 und 10 Monaten schwankte. (Rauber.)

II. Hygieine, Diätetik, Pharmakologie u. Toxikologie.

464. **Ueber Kefyr,** *ein neues Heilgetränk;* von Dr. S. Brainin in Riga (Ztschr. f. Ther. 6. 1884. — Allg. med. Centr.-Ztg. LIII. 40. 41. 1884) u. Dr. Mandowski in Badenweiler (Deutsche med. Wchnschr. X. 21. 1884).

Wie der Kumyss aus Stutenmilch, so wird der Kefyr (Kfyr, Gypy, Kehapu, Kapyr) aus Kuhmilch bereitet, und zwar mit Hülfe eines eigenthümlichen Fermentes, welches nur am Kaukasus bekannt ist. — Dieses Ferment, zuerst von E. Kern, der den Kaukasus bereist hatte, beschrieben (Ueber ein neues Milchferment aus dem Kaukasus: Bull. de la Soc. imp. de Natural. de Moscou 1881), hat die Form eines Blumenkohlkopfes und bildet eine gelblich weisse, compakte, elastische, mit Schleim überzogene Masse. Die Grösse eines einzelnen Conglomerats wechselt zwischen 5 mm und 5 Centimeter. Diese Gebilde wachsen nach Angabe der Eingebornen auf den höchsten Bergen unter der Schneegrenze auf eigenthümlichen Gebüschen und werden von den Russen wegen ihrer Aehnlichkeit mit den geniessbaren Schwämmen Gribki (Pilze) genannt; sie sind diess aber nicht, vermehren sich jedoch eben so rasch, als die letztern. Nach Kern weist der sogen. Kefyrpilz zwei Bestandtheile auf, Bacillen und Hefezellen, doch so, dass die Hauptmasse von Bakterien gebildet wird, von welchen auch die feste, elastische, schleimige Masse herrührt. Von besonderem Interesse ist hierbei, dass, während alle bis jetzt beschriebenen Bacillusarten nur eine Spore in jeder Zelle zeigten, die Kefyrbakterie, nach Kern, in jeder Zelle zwei runde und ständige Sporen hat. K. belegt daher die Kefyrbakterie mit dem Namen *Dispora caucasica.*

Das fragliche, seit uralter Zeit von den Eingebornen als Genuss- und Heilmittel hochgehaltene mussirende Getränk wird bereitet, indem man etwa 30 g der Kefyrpilze mit 2 Glas abgerahmter Milch mischt und über Nacht stehen lässt. Des Morgens wird die Milch von den Pilzen abgegossen, mit abgerahmter Milch verdünnt und in Flaschen verpicht. Nach 24 Std., während welcher Zeit häufig umgeschüttelt werden muss, ist der schwache Kefyr fertig und bei 10—12° R. aufzubewahren. Rascher geht die Gährung nach Zusatz von Milchzucker vor sich.

Der fertige Kefyr stellt eine weiche, dickliche Masse dar von säuerlichem angenehmen Geschmack und muss sich wie Oel giessen lassen. Im Vergleich mit dem Kumyss ist seine Zusammensetzung folgende:

In 1000 Th.	Milch	Kefyr [1]	Kumyss [2]
Eiweiss	48	38.000	11.200
Fette	38	20.000	20.500
Laktose	41	20.025	22.000
Milchsäure	—	9.000	11.500
Alkohol	—	8.000	16.500
Wasser, Salze	873	904.975	918.300

Hiernach enthält der Kefyr sehr viel Eiweiss, und zwar 1 Flasche davon so viel wie 3½ Flasche Kumyss, jedoch weniger Alkohol und Milchsäure, als dieser. Der Kefyr ist weit angenehmer zu nehmen als der widerlich schmeckende Kumyss und macht nicht, wie letzterer, Verdauungsbeschwerden; er ist weit billiger als Kumyss, da 30 g der Pilze (= 6 Mk.) wegen ihrer starken Vermehrung zur Bereitung des Kefyr für eine 6—8wöchentl. Kur ausreichen, überhaupt unbegrenzt verwendbar sind. Vereitelt wird die Darstellung des Getränks, wenn die Milch stark mit Soda versetzt ist oder die Pilze erkrankt sind, was man am Verlust der matten Farbe der Conglomerate, an dem Auftreten eines glänzenden Ansehens und der Anfüllung mit einem dünnen fadenziehenden Schleim erkennt. In solchem Falle hat man die erkrankten Theile zu entfernen oder, bei grösserer Ausbreitung, die Pilze mit lauem Wasser mehrmals zu schütteln und dann mit Cremortartari zu waschen, auf eine Platte auszubreiten und mehrere Tage dem Sonnenschein auszusetzen oder recht warm zu legen, bis sie getrocknet sind. Auch darf zum Gelingen der Bereitung des Kef. die Milch nicht zu fett, die Gährungstemperatur nicht zu hoch und nicht zu niedrig sein. Am besten ist der 3 Tage alte, aus gekochter Milch bereitete Kefyr.

Der Kefyr ist ein ausgezeichnetes Nahrungsmittel und Roborans und, besonders mit Eisen verbunden (0.6 g auf eine Flasche), bei Chlorose, Anämie und fast sämmtlichen Erkrankungen der Athmungsorgane, auch bei beginnender Phthise, von Nutzen (während er bei vorgeschrittener Phthisis nichts hilft), ganz besonders auch bei chronischen Magen- und Darmkrankheiten. Man soll den Kefyr Morgens nüchtern, langsam geniessen lassen, und zwar anfangs 2 Glas, später 6—8—10 Glas.

Kefyr-Anstalten sind bereits in Jekaterinoslaw (Dr. Poudre), Charkow und Moskau errichtet. In Jalta, wo jährlich Tausende von Brustleidenden sich einfinden, hat der Kefyr den Kumyss vollständig verdrängt.

Aus der Mittheilung des Dr. Mandowski, dessen Angaben über die Pilzmasse und die Bereitung des Kefyr im Allgemeinen mit den vorstehen-

[1]) Nach Tuschinsky. [2]) Nach Hartje.

den übereinstimmen, tragen wir noch nach, dass rohe und gekochte, fette oder abgerahmte Milch dazu verwendet werden kann. Abgerahmte Milch ist jedoch vorzuziehen, um durch thunlichste Entfernung der Butter ein dünneres Präparat zu erzielen; Kefyr von gekochter Milch fand M. wohlschmeckender. Der fertige Kefyr hat nach M. das Aussehen eines weissen, gleichmässig dicklichen Rahms, in welchem kleine Caseïnflocken suspendirt sind; etwa vorhandene grössere lassen sich durch Schütteln oder Umrühren zertheilen. Beim Füllen des Präparates in Flaschen ist es zweckmässig, die Flüssigkeit durch einen mit einem grosslöcherigen Siebe versehenen Trichter laufen zu lassen, wobei die Pilzstücke auf letzterem zurückbleiben und nach gehöriger Reinigung mit 1proc. Sodalösung weiter verwendet werden können. Soll der Kefyr nicht sofort gebraucht werden, so müssen die Flaschen auf Eis gelegt werden, wobei derselbe länger unzersetzt bleibt, als wenn die Flaschen gestellt werden.

Gut zubereiteter Kefyr wird durchschnittlich gern getrunken, besonders da er den Durst gut stillt. Nach längerem Gebrauche tritt allerdings leicht Widerwillen gegen denselben ein, besonders wenn das Caseïn bröcklig geworden, d. h. das Präparat zu alt ist; eine Pause von einigen Tagen ermöglicht jedoch den weitern Gebrauch. Der Versuch, durch Zusatz von Natr. benzoicum den gleichen Gährungsgrad zu erhalten, misslang; andere Zusätze fand M. wegen Verschlechterung des Geschmacks unmöglich. Gewöhnlich lässt derselbe täglich eine Flasche = $^3/_4$ Liter auf 3mal je $^1/_4$ Liter gebrauchen, u. zwar nach den für Kumyss geltenden Indikationen. Gute Erfolge sah auch M. bei Dyspepsie im Allgemeinen, Anämie, Magenkatarrh und Geschwüren, chron. Lungenkatarrh und Phthisis, Krebs, Lues. Magendrücken, Magenschmerzen und Erbrechen wurden in einigen Fällen durch Kefyr sofort beseitigt. Derselbe wirkt den Appetit anregend und zugleich ernährend, ja er vermag den Kr. einige Tage hindurch für sich allein zu erhalten. (O. Naumann.)

465. Zur Kenntniss des Antipyrin.

Seit unserem letzten Berichte über das Antipyrin sind zahlreiche weitere Beobachtungen über dessen Wirkung veröffentlicht worden. Wir würden jedoch bereits Gesagtes zu häufig wiederholen müssen, wollten wir die vorliegenden Abhandlungen alle in ihren Einzelheiten besprechen, und können uns darauf beschränken, als allgemeines Ergebniss anzuführen, dass alle Beobachter die früher gemachten Angaben bestätigen, dass nämlich das Antipyrin ein mächtiges, rasch wirkendes, in vieler Beziehung dem Chinin ähnliches antifebriles Mittel sei, welches sich besonders dadurch auszeichnet, dass es in der grossen Mehrzahl der Fälle keine übeln oder wenigstens nicht sehr störende Nebenwirkungen erzeugt. Diess vorausgeschickt, glauben wir folgende Einzelheiten noch besonders hervorheben zu sollen, die theils neu, theils vielleicht bisher zu wenig beachtet gewesen sind, oder die überhaupt noch ein besonderes Interesse bieten.

1) Prof. W. Erb (Aerztl. Mittheil. aus Baden XXXVIII. 14. 1884) hat das Antipyrin in zahlreichen Krankheitsfällen (Tuberkulose, Pleuritis, Scarlatina u. s. w.) angewandt, rühmt es aber ganz besonders bei *Ileotyphus*. In mehreren frischen Fällen, mit sehr hoher Febris continua trotz dem energischen Baden, wurde durch das Antipyrin (4—6 g) sofort die ganze Temperaturcurve herabgedrückt und in eine stark remittirende Curve umgewandelt, die einer baldigen Defervescenz zustrebte; in andern Fällen, wo das Mittel erst gegen das natürliche Ende des Krankheitsprocesses gegeben wurde, schien die Defervescenz erheblich beschleunigt zu werden. In vergleichenden Versuchen mit Chiningaben von 1—1.50 g sah E. häufigere Erfolge vom Antipyrin als von ersterem. Auch in Fällen hochgradiger *Phthisis* war das Mittel noch von sichtlichem Einfluss auf das Fieber.

Die Angaben Rank's, dass das Antipyrin, im Verhältniss wie 2:1 heissen Wassers gelöst, sich längere Zeit klar halte und man deshalb 1.5—2 g Antipyrin leicht auf einmal, subcutan und ohne unangenehme örtliche oder allgemeine Erscheinungen befürchten zu müssen, einspritzen könne, fand E. nicht bestätigt. Eine von Dr. Vulpius in gedachter Weise bereitete Lösung trübte sich schon nach 2 bis 3 Std. bei 15° R. durch Krystallausscheidung, dann bewirkte aber auch schon eine Lösung von 50%, die E. sich subcutan einspritzte, einen starken, 5 Min. anhaltenden Schmerz mit nachfolgender örtlicher Entzündung. Collapsus sah E. nie eintreten.

2) Dr. E. Bielschowsky (Bresl. ärztl. Zeitschr. VI. 16. 1884) bestätigt durch im Allerheiligen-Hospitale gemachte Erfahrungen die Bemerkung Erb's, dass das Antipyrin bei Typhus abdom. und Phthisis ganz besonders wirksam zu sein scheine, während es bei Typhus exanthem., Febris recurrens und Morbillen trotz grösseren Gaben das Fieber wenig beeinflusst hatte. Dagegen beobachtete B., allerdings nur bei Typhuskranken, in mehreren Fällen Collapsus, ebenso öfter das Ansteigen der Wärme unter Schüttelfrost; ferner zeigte sich in mehreren Fällen, in welchen das Antipyrin als Klysma gegeben worden war, ein Fehlen der sonst bei innerer Anwendung stets und sehr bald eintretenden Schweissabsonderung, wo dann auch die Temperatur weniger stark beeinflusst wurde.

Hämoptöe mahnt zu Vorsicht mit dem Antipyrin; in dem einen Falle hatte sich nämlich eine solche in der Nacht, nachdem der Kranke des Abends Antipyrin bekommen hatte, unter anhaltendem Schwitzen wiederholt.

Ganz besonders macht B. noch auf das auch von Andern während der Anwendung von Antipyrin beobachtete *masernartige Exanthem* aufmerksam, welches in dem einen Falle an Rücken und Bauch auftrat, dann Brust und Hals, ja Hand- und Fussflächen ergriff und, nachdem es bereits erblasst war, nach

erneuter Anwendung des Antipyrin theilweise petechial wurde. Schlüsslich trat an Hals und Rumpf, besonders dem Rücken, wo das erste Exanthem sich schon völlig verloren hatte, eine der Scarlatina ganz ähnliche Purpurröthe auf; es verblasste dieselbe nach 48 Std. vollständig, während die Spuren des ersten Exanthem 8 Tage nach Ausbruch des zweiten noch in Form einer leichten Hautmarmorirung kenntlich waren.

3) Nach Dr. Alexander (Das. Nr. 14) wurde das Antipyrin auf der Breslauer Klinik in 51 Fällen (darunter 16 Fälle von Typhus) angewendet. Auch A. rühmt das Mittel ganz besonders bei *Typhus abdom.*, wo sich sein Einfluss allerdings im Wesentlichen nur anf den Gang der Temperatur und Pulsfrequenz erstreckt, ohne dass die Krankheit dadurch coupirt oder in zweifelloser Weise abgekürzt wurde. In dem einen Falle (Anfang der 3. Woche der Krankheit aufgenommen), wo noch hohes, ziemlich anhaltendes Fieber vorhanden war, bekam der Kranke am Nachmittage der Aufnahme bei 40° Temperatur 4 g Antipyrin, worauf die Temperatur in wenigen Stunden normal wurde. Vier Tage nachher stieg dieselbe abermals auf 39.1°, kehrte aber den andern Tag von selbst wieder zur Norm zurück und ist seitdem normal geblieben, so dass also, obgleich nach A. Typhus unzweifelhaft vorlag, der Fall beinahe kritisch endete. Von den 16 Typhuskranken starben 2, von denen jedoch der eine schon fast sterbend (Tod nach 24 Std.) in die Klinik gekommen war, der andere einer croupösen Pneumonie erlag. Zwei Pat. hatten Darmblutungen; der eine bekam, nachdem im Ganzen 54 g Antipyrin verbraucht worden waren, ein Recidiv von bedeutender Schwere, welches einen abermaligen Gebrauch von 62 g nöthig machte.

Während man im Allgemeinen durch das Antipyrin grosse und lange dauernde Intermissionen des Fiebers zu erzielen beabsichtigte, versuchte man, 2 Kranke (2. Krankheitswoche) andauernd möglichst fieberlos zu erhalten, indem jedes Mal, wenn die Temperatur 38° überstieg, Antipyrin angewendet u. so lange 1—2 g stündlich gegeben wurde, bis dieselbe wieder unter 38° gekommen war. Der Erfolg war ein vollständiger und gerade diese Fälle zeigten einen sehr milden und kurzen Verlauf. Uebrigens trat auch bei A.'s Kranken (und zwar sämmtlich Typhusfällen) oft ein ganz den Masern entsprechendes Exanthem auf, das indessen weit weniger durch die Grösse der verbrauchten Menge des Antipyrin, als durch die Eigenartigkeit der Kranken bedingt zu sein schien, denn gerade bei Denen, welche das meiste Antipyrin verbraucht hatten, fehlte der Ausschlag.

Auch bei *akutem Gelenkrheumatismus* (8 Fälle) sah A. sehr günstige Wirkung vom Antipyrin, die sich besonders auch auf die Gelenkaffektion selbst erstreckte. Nur in einem Falle trat kein Erfolg ein, während dann das Natr. salicyl. Besserung herbeiführte. In einem derartigen Falle hatte weder das eine, noch das andere Mittel einen Erfolg; es zeigte sich indessen bei der Untersuchung eine Endocarditis mitralis, welche nach A. wohl das Fehlschlagen der antipyretischen Wirkung des Antipyrin bedingte.

Unter 3 mit Antipyrin behandelten *Intermittens*-Kranken ward keiner geheilt. In Fällen, in welchen nach Anwendung des Antipyrin Erbrechen eintrat, wurde das Mittel auch in Klysmaform angewendet, indem 2 g Antipyrin, in 2 Esslöffel Wasser gelöst, auf etwa 200 g Wasser als Irrigation eingeführt und diess nach Bedürfniss stündlich wiederholt wurde. Nach A. wirkt auf diese Weise das Antipyrin mindestens eben so stark als innerlich genommen und ohne allen Schmerz. Die subcutane Methode erwies sich dagegen als unzweckmässig.

4) Dr. Secchi in San Remo (Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 15. 1884) wandte das Antipyrin besonders bei *Phthisis* (12 Fälle) mit Erfolg an. Er glaubt vorläufig nicht, dass es übeln Einfluss auf die Entstehung von Blutungen ausübe; in 2 Fällen mit hochgradiger Neigung zu Hämoptöe hatte er es unmittelbar nach einer solchen ohne jede üble Folge gegeben. Dagegen sah er bei 2 Phthisikern das mehrfach erwähnte Exanthem auftreten.

5) Dr. C. v. Noorden (Berl. klin. Wchnschr. XXI. 32), welcher in der Giessener Klinik eine Reihe von Fällen beobachtete, in denen das Antipyrin angewendet wurde, bestätigt dessen günstige Wirkung besonders bei *Typhus*, wogegen es bei *Erysipel* und *Pneumonie* weit weniger schnell und andauernd wirke. Gegen das mitunter sehr lästige Auftreten von Schweiss wurde nebenbei mit grossem Erfolg Agaricin (2 Pillen mit je 5 mg) oder Atropin (1 mg pro die) angewendet, welche der antifebrilen Wirkung des Antipyrin durchaus keinen Eintrag thaten. Bei sphygmographischen Messungen überzeugte sich v. N., dass der arterielle Druck weder nach oben, noch nach unten wesentlich beeinflusst werde; die Spannung der Arterienwand hatte dagegen mit dem Temperaturabfall erheblich zugenommen. So ging z. B. mehrmals ein überdicroter Puls binnen 2—3 Std. in einen unterdicroten, ja sogar normal tricroten über.

6) Nach Dr. A. Cahn (Das. Nr. 36) wurde bei in der Strassburger Klinik mit Antipyrin angestellten Versuchen dasselbe unter Andern bei einer mit Schwangerschaft (Ende des 8. Monats) und hochgradigem Meteorismus complicirten doppelseitigen *Pneumonie* angewendet, bei welcher wegen möglicher Erregung von Wehen die Anwendung von Chinin nicht zulässig erschien. Es wurden am 7. Krankheitstage bei 132 Puls und 39.4° Morgentemperatur, stärkster Athemnoth und hochgradiger Cyanose früh 9 und Nachmittags 4 Uhr je 2 g Antipyrin gegeben, wodurch es gelang, die Temperatur zwischen 36.5° und 38.5° zu halten, den Puls bis auf 110, die Athemzüge bis auf 38 herabzusetzen und so eine erhebliche Erleichterung der Kranken zu erzielen. Am folgenden Tage stieg die Temperatur bis zum Mittage auf 38.2°, die Puls- und Athemfrequenz

blieb noch hoch; erst in der darauffolgenden Nacht erfolgte dann eine vollständige Krise.

Auch in 2 andern Fällen von Pneumonie und Erysipel beobachtete C. die auffällige Erscheinung, dass nach grössern am 5. oder 6. Tage genommenen Antipyringaben die Temperatur an den nächsten beiden Tagen subfebril blieb, obgleich die Beschaffenheit des Pulses und der Athmung und das Fehlen des subjektiven Wohlbefindens bewiesen, dass noch keine Krise da war.

Besondere Aufmerksamkeit richtete C. auf die Veränderung des *Urins* unter Anwendung von Antipyrin bei Typhösen, wobei er dahingestellt sein lässt, inwieweit die auch von ihm beobachtete Steigerung des Aortendrucks hierbei in Betracht komme. Es muss aber sehr zu Gunsten des Mittels sprechen, dass bei den Typhösen regelmässig eine recht erhebliche Vermehrung der Harnmenge mit Sinken des specifischen Gewichts eintrat. Der Harn zeigte nie eine Verfärbung. Wiederholt vorgenommene Untersuchungen ergaben, dass derselbe nach grössern Gaben die Polarisationsebene nicht drehte und mit Säuren gekocht keine reducirende Substanz gab; er enthielt also keine gepaarte Glykuronsäure. Das Verhältniss der anorganischen Sulphate zur Aetherschwefelsäure betrug in einem Versuche nach 5.0 g Antipyrin 19 : 1; in einem zweiten nach 4.0 g Antipyrin 12 : 1, war also dasselbe wie in der Norm. Hiernach liefert das Antipyrin keine gepaarten Säuren, ist also auch in diesem Punkte dem Kairin überlegen. Es ist diese Thatsache nach C. nicht gleichgültig, weil die Annahme gerechtfertigt ist, dass diejenigen Stoffe, welche dem thierischen Körper Schwefelsäure zur Bildung von Aetherschwefelsäure entziehen, schädlicher für denselben sind, als ähnlich zusammengesetzte Verbindungen, welche derartige Paarungen nicht eingehen u. die Sulphate des Harns nicht zum Verschwinden bringen.

Auf Zusatz von Eisen nimmt der Harn beim Antipyringebrauch stets dieselbe burgunderrothe Färbung an, welche man beim Versetzen einer wässrigen Antipyrinlösung mit Eisenchlorid erhält. Diese Färbung verliert sich auch nicht in der Siedehitze. Wie durch diese Art der Ausscheidung, so steht das Antipyrin auch durch Erzeugung derselben Exantheme, wie sie öfter auch bei dem Chinin beobachtet werden, diesem näher als das Kairin. Derartige Exantheme sah C. bei Antipyrinbehandlung in 2 Fällen, einem Typhus und einer Phthise.

6) Dr. P. Guttmann (Deutsche med. Wchnschr. Nr. 31. 1884) hält nach weitern mit dem Antipyrin gemachten Erfahrungen die Verabreichung von je 2 g in den ersten beiden Stunden und bei Beginn der 3. Stunde noch eine Gabe von 1 g, also im Ganzen 5 g, für sehr zweckmässig bei hohen Fiebertemperaturen, jedoch nicht als durchaus nothwendig. Auch eine einmalige grosse Gabe von 3—4 g hat eine starke, lang dauernde antipyretische Wirkung. Ebenso wirken Gaben von 1 g, die aber mindestens 4—5mal hintereinander stündlich gegeben werden müssen, stark und langdauernd antipyretisch, öfters wiederholte Gaben von 0.5 g dagegen schwach und unsicher, jedoch bei Kindern genügend, denen man übrigens ohne Schaden Gaben von je 1 g stündlich geben könne. G. bestätigt durch 2 Fälle die Erfolglosigkeit des Antipyrin bei *Intermittens;* die einzige Wirkung, welche es hier hat, besteht darin, dass nach einer 1maligen Gabe von 1 bis 4 g mehrere Stunden vor dem Anfall die Temperatur um etwa 1° C. herabgesetzt wird.

Tilmann sah in Leyden's Klinik bei 8 Fällen von reinem *Intermittens* gleichfalls keinen Erfolg von der Anwendung des Antipyrin (4 bis 6 g zu 2 g kurz vor Eintritt des Schüttelfrostes gegeben). Die Schüttelfröste wurden zwar abgekürzt, die frühere Höhe der Temperatur nicht wieder erreicht und der Abfall bis zur Norm bedeutend beschleunigt, ja der Frost konnte coupirt werden und in einzelnen Fällen statt des Frostes eine Temperatur-Steigerung bis zu 38.5° C. eintreten — nach dem Aussetzen des Antipyrin kehrten jedoch die Fröste wieder und man musste Chinin anwenden. Uebrigens verhielt sich in der fieberfreien Zeit der Kranke dem Antipyrin gegenüber wie der gesunde Mensch, denn es trat zu solcher Zeit in keinem der Fälle eine Temperatur-Erniedrigung ein.

Günstigere Wirkung auf den Fieberverlauf als bei Intermittens beobachtete T. vom Antipyrin bei andern mit intermittirenden Frösten einhergehenden Krankheiten. Bei einem Hirnabscess z. B., wo der Kr. tägliche Schüttelfröste trotz Verabreichung von Chinin und Arsen hatte, setzten diese Fröste schon nach 3 g Antipyrin aus und es gelang, durch regelmässige Wiederholungen ein Wiederauftreten des Fiebers zu verhindern. In ähnlicher Weise wirkte das Antipyrin, in Gaben bis zu 5 g auf mehrere Stunden vertheilt, gegen die bei einer *Endocarditis ulcerosa* auftretenden Fröste und gelang es, die Temperatur dauernd zwischen 37 und 38° C. zu halten.

T. macht darauf aufmerksam, dass schwächliche oder erschöpfte Menschen besonders auf die ersten Gaben von Antipyrin schon stark reagiren und leicht subnormale Temperaturen auftreten, die aber im Allgemeinen nicht das Gepräge des Collapsus tragen. So sank z. B. bei einem Empyem mit continuirlich hohem Fieber die Abend-Temperatur von 39.5° C. — nach 3mal je 1 g Antipyrin stündlich — derart, dass 13 Std. nach der ersten Gabe die Wärme nur 35.5° betrug, dann aber wieder anstieg. Dabei war das Allgemeinbefinden kein schlechtes.

7) DDr. Penzoldt u. Sartorius (Berl. klin. Wchnschr. Nr. 30. 1884) wandten das Antipyrin mit Erfolg in der *Kinderpraxis* (der Mehrzahl nach Pneumonien) an, wenn schon eine modificirende Einwirkung desselben auf den Gesammtverlauf der Krankheiten nicht deutlich wahrzunehmen war, das Antipyrin also nur als Antipyretikum zu wirken schien. Das Mittel ward in Pulverform verordnet, aber in Orangensyrup gelöst gegeben und fast stets

gern genommen. Bei Eintritt von Erbrechen ward es, in wenig Wasser gelöst, im Klysma gegeben. P. und S. kamen zu folgendem Schlussergebniss.

a) Das Antipyrin ist bei fieberhaften Krankheiten der Kinder ein sehr zweckmässiges temperaturherabsetzendes Mittel.

b) Bei passender Gabe erzielt man Temperatur-Abfälle um mehrere Grade auf mehrere Stunden.

c) Die Verminderung der Pulsfrequenz ist nicht immer dem Grad der Temperatur-Verminderung entsprechend.

d) Die Wirkung auf das Allgemeinbefinden ist gewöhnlich eine günstige.

e) Von störenden Nebenwirkungen wurde nur zuweilen Erbrechen beobachtet. Tritt dasselbe in einem Fall regelmässig auf, so muss man das Mittel im Klystir geben.

f) Die zweckmässigste Gabe für den Anfang ist: 3mal nach einander in stündlichen Zwischenzeiten soviel Decigramme, als das Kind Jahre zählt. Reicht diese Dosirung (wie bei kleinen Kindern öfters) nicht aus zur Erzielung deutlicher Wirkung, so steigt man Decigramm um Decigramm. Im Klystir kann man in einmaliger Gabe 3—6mal soviel Decigramme anwenden, als das Kind Jahre hat.

g) Eine Gewöhnung des kindlichen Organismus an das Mittel bei längerem Gebrauch schien zuweilen angedeutet.

8) Dr. E. Rapin (Revue méd. de la Suisse Rom. Nr. 7. 9. 1884), bereits Gesagtes bestätigend, erwähnt insbesondere eines ihm von A. Mayor mitgetheilten Typhusfalles (23jähr. Mädchen), welcher mit einer seit Kindheit bestehenden Aorteninsufficienz complicirt war. Auch hier wirkte das Antipyrin prompt und auf die Herzthätigkeit eher tonisirend, als schwächend.

Nach den Versuchen, die J. J. Hage (Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 30. 1884) mit Antipyrin angestellt hat, scheint dieses Mittel bei Gesunden nicht die geringste Wirkung zu haben, bei einem 13 J. alten gesunden Mädchen waren nach einer Gabe von 4 g keine Abweichungen der Temperatur zu beobachten, der Puls blieb unverändert, Schweiss trat nicht auf, auch weder Unwohlsein, noch Kopfschmerz. Eine Stunde nach dem Einnehmen schon liess sich die Ausscheidung des Antipyrin im Harne mittels Eisenchlorid nachweisen, 4—6 Std. nach dem Einnehmen war sie am stärksten, noch 30 Std. nach dem Einnehmen waren noch Spuren vorhanden. In Speichel und Schweiss liess sich kein Antipyrin nachweisen; für erstern ist zu bemerken, dass vermehrter Gehalt an Rhodankalium nahezu dieselbe Reaktion giebt [im Harn giebt Aceton eine ähnliche Reaktion].

Die Fälle, in denen H. das Antipyrin als Antipyretikum anwendete, betrafen meist Scharlachfieber; er gab es in Gaben von je 2 und 1 g in 3 auf einander folgenden Stunden, nur in einem Falle stieg er zu Gaben von 2, 4 und 5 Gramm. In einzelnen Fällen war die Erniedrigung der Temperatur in der 1. Std. nur gering, in vielen betrug sie 0.5°, in 1 Falle selbst 0.8°; je geringer sie in der 1. Std. war, desto stärker wurde sie in der 2. u. 3. Std., das Minimum erreichte sie gewöhnlich in der 5. Stunde. Während in 1 Falle (Lungenphthise) die Wirkung noch über den nächsten Tag hinaus andauerte, hielt sie in einem andern (Scharlach) nach einer Gabe von 5 g auf einmal höchstens 6 Std. an.

Gleichzeitig mit der Temperatur sank auch die Pulsfrequenz, bei Kindern kam es vor, dass die Pulsfrequenz nahezu dieselbe blieb. In der Regel trat der Temperaturabfall mit Schweiss ein, der heftiger war, wenn die Temperatur rascher fiel. Niemals hörte H. über Kälte klagen, wenn die Temperatur wieder stieg. Ausser Erbrechen traten keine üblen Nebenerscheinungen auf.

Bei einem an Scharlach leidenden 4jähr. Knaben wurde wegen hartnäckigen Erbrechens das Antipyrin in einem Klystir gegeben; nach 3 Std. war die Temperatur um 0.8° gesunken, nach weitern 3 Std. um noch 0.3°; das Antipyrin wurde in diesem Falle ebenfalls durch die Nieren ausgeschieden; es wurde gut im Rectum behalten und verursachte keinen Schmerz.

Subcutane Injektion von 0.4 g Antipyrin in wässriger Lösung versuchte H. bei einem Kaninchen; 10 Min. nach der Injektion trat Schweiss auf, nach $^1/_2$ Std. war das Antipyrin im Harne nachzuweisen. Die Injektionsstelle zeigte nichts Abnormes.

(O. Naumann.)

466. **Ueber die Wirkung des salzsauren Codeïn**; von Dr. de Beurmann. (Bull. de Thér. CVI. p. 495; Juin 15. 1884.)

Während manche Beobachter dem Codeïn eine schlafmachende, die andern eine antispasmodische Wirkung zuschreiben, wird ihm von wieder andern fast jede Wirkung abgesprochen. Der Grund so verschiedener Angaben liegt nach Vf. in der Unreinheit der angewandten Präparate.

Nach Vf., welcher dieses Mittel in chemisch reinem Zustand bei einer allerdings nur geringen Anzahl von zumeist an neuralgischen Schmerzen leidenden Kranken subcutan in der Form des salzsauren Salzes anwendete, ist dasselbe wenigstens bis zu den von ihm gebrauchten Gaben von 8 cg ohne alle Wirkung, während dagegen das Morph. muriat. in gleicher Weise und in denselben Fällen benutzt schon in Gaben von 1—2 cg Hülfe brachte. Vf. stellt weitere mit mehr als 8 cg anzustellende Versuche in Aussicht. (O. Naumann.)

467. **Beitrag zur Pharmakologie der Lithiumsalze**; von Nikanorow. (Botkin's Arch. d. Klinik f. innere Krankh. VIII. 1882—1883. — Vergl. Petersb. med. Wchnschr. VIII. 51. p. 415. 1883.)

Vf. schickt voraus, dass alle Lithiumsalze die gleiche Wirkung entfalten; er selbst hat jedoch bei seinen Versuchen sich des chlorsauren Lithium be-

dient, weil dieses leichter löslich und bei der Spektralanalyse bequemer nachzuweisen ist.

1) *Versuche an Kaltblütern.* Beim Frosch erzeugt das Einbringen mittlerer Dosen (0.1 g) in den Lymphsack regelmässige Verlangsamung des Herzschlags; zuerst wird die Systole kräftiger, allmälig überfüllen sich aber die Vorhöfe mit Blut, welches sich immer langsamer in die Ventrikel entleert, so dass die Systole langsamer und energieloser wird. Dabei werden auch die Pausen, in denen das Herz in der Diastole stehen bleibt, länger und unregelmässig, so dass auf rasch einander folgende Contraktionen lange Pausen eintreten, wobei mehrere Vorhofscontraktionen auf eine Ventrikelcontraktion kommen, bis endlich Stillstand in der Diastole eintritt. Auch dann vermag aber mechanische Reizung des Herzmuskels noch Contraktionen auszulösen. Weitere Versuche mit Durchschneidung der Vagi, des Halsmarkes, Prüfung der Reizbarkeit der Vagusenden, sowie Versuche am ausgeschnittenen Herzen zeigten, dass die Lithiumsalze weder auf die ausserhalb des Herzens gelegenen Nervenapparate, noch auf das Muskelgewebe einwirken, sondern dass die Herzganglien allein den Angriffspunkt bilden. Der Blutdruck wird herabgesetzt, der Querschnitt der Gefässe erweitert; die quergestreiften Muskelfasern werden in ihrer Funktion nicht beeinträchtigt, dagegen wird die Reflexthätigkeit herabgesetzt, und zwar bei Intaktbleiben der Leitung in den peripherischen Bahnen durch Einwirkung auf das Rückenmark.

2) *Versuche an Warmblütern.* Das Einbringen von 0.4 g in Venen von Hunden ergab nach vorübergehend beschleunigter Herzaktion Verlangsamung des Pulses nebst Steigerung des Blutdrucks, was nicht auf Reizung des vasomotorischen Centrum, sondern auf gesteigerte Energie der Herzthätigkeit zurückzuführen ist, da dieser Effekt durch Durchschneidung des Halsmarkes nicht beeinflusst wird, während die Verlangsamung der Schläge in Reizung der centralen Vagusenden ihren Grund hat.

In Bezug auf die Einwirkung auf die *Nieren* ergab sich, dass nach Einführung von 0.1 g Lithiumsalz (per os) auf 1 kg Körpergewicht der Harn alkalisch wurde und seine Menge zunahm, und zwar in Folge direkter Einwirkung auf das Nierenparenchym. Ob hierbei gleichzeitig eine Veränderung der Nierengefässe eine Rolle spielt, konnte Vf. nicht sicher feststellen; jedenfalls haben aber seine Versuche ergeben, dass das chlorsaure Lithium eine grössere diuretische Wirkung hat, als die essigsauren Salze.

(Winter.)

468. **Ueber therapeutische Verwendung der Bromsalze**; von T. J. Hudson (Lancet II. 25; Dec. 1883) und J. Kent Spender (Brit. med. Journ. Oct. 20. 1883).

Hudson bespricht die Wirkung des *Brom- und Jodnatrium* im Vergleich zu der, welche die entsprechenden Kaliumsalze ausüben.

Er erinnert zunächst an die bekannten toxischen Wirkungen der Kaliumsalze, namentlich auf das Herz, für welche u. A. auch die von Sydney Ringer gemachte Beobachtung spricht, dass die faradische Reizbarkeit des Froschherzens durch dieselben wesentlich herabgesetzt wird, während die Natriumsalze dieselbe, sowie auch die Contraktilität des Froschherzens steigern. Letzteres, in eine kaustische Sodalösung gelegt, pulsirt weit länger, als in einer Lösung von kaustischem Kali; die Giftigkeit beider Salze verhält sich wie 1 : 10, bei den Citraten wie 1 : 5.

Das Bromnatrium wird in Amerika neuerdings allgemein dem Bromkalium vorgezogen, da es, auch in grossen Dosen, nicht die unangenehmen Neben- und Nachwirkungen hat, wie letzteres, und bei längere Zeit hindurch fortgesetztem Gebrauche die Erscheinungen des Bromismus gar nicht oder nur in beschränkter, bald vorübergehender Weise auftreten. Auch sind nach Anwendung des Bromnatrium noch keine Hauteruptionen beobachtet worden, wie sie bekanntlich beim längern Gebrauche von Bromkalium häufig vorkommen. Dabei bedingt ersteres keine Verdauungsstörungen, hat einen weniger unangenehmen Geschmack, dagegen einen grössern Gehalt an Brom, und zwar im Verhältniss von 14 : 12.

H. theilt sodann die Erfahrungen mit, welche er selbst mit dem Bromnatrium im Leeds Public Dispensary gemacht hat.

1) In 87 Fällen von *Keuchhusten* (ohne Complikation) bei Kindern im Alter von 2 Mon. bis zu 12 Jahren wurde das Mittel in Dosen von 3 Gr. bis $1/2$ Drachme (ca. 0.2—2.0 g) gegeben. Die längste Behandlung dauerte 7 Wochen; 27 Kranke wurden durch das Mittel vollständig geheilt, bei 40 war in den ersten 2—3 Wochen keine wesentliche Besserung zu erkennen, hier that das Bromkalium in Verbindung mit Belladonna-Liniment bessere Dienste. H. empfiehlt das Bromnatr. namentlich bei schwächlichen, speciell rhachitischen Kindern.

2) Gegen die in den klimakterischen Jahren auftretenden nervösen und abdominalen Affektionen hat H. vom Bromnatrium, in der Dosis von $1/2$ Drachme (ca. 2 g) gegeben, dem er später Bromkalium in der Dose von 1 Drachme folgen liess, gute Dienste gesehen. Auch als Hypnotikum fand er bei solchen Frauen das Bromnatrium wirksamer, wenn auch dann grössere Dosen, als vom Bromkalium, erforderlich waren. Mit gleichem Erfolge wandte er das erstere bei Delirium tremens, Hysterie und Chorea an.

3) In einigen Fällen von hochgradigen *Herzfehlern*, wo das Kaliumbromid nicht anwendbar ist, bewirkten Dosen von 50—80 Gr. (ca. 3—5 g) des Natriumbromid für einige Stunden ruhigen Schlaf, ohne die Herzmuskulatur nachtheilig zu erregen; auch bei starkem Herzklopfen, wo kein Herzfehler nachweisbar war — namentlich nach Thee- und Kaffeemissbrauch —, leistete es gute Dienste.

4) Bei *Epilepsie* — Petit mal — war ein Unterschied zwischen der Wirkung beider Bromsalze nicht

nachzuweisen. In 17 Fällen, in denen längere Zeit hindurch 90 Gr. (ca. 5.5 g) 3mal täglich verabreicht worden waren, wurden nie Symptome von Bromismus bemerkt. Ein Knabe von 12 Jahren, welcher aller 2—3 Wochen einen Anfall und 4 Jahre lang das Bromkalium in 3 Tagesdosen von 3 und mehr Drachmen genommen hatte, wurde so weit wieder gebessert, dass Intelligenz und sonstige Leistungsfähigkeit sich wesentlich hoben und die Anfälle nur aller 6 W. eintraten. Er bekam jetzt Bromnatrium 10 Gr. 3mal täglich und seitdem repetiren die Anfälle nur aller 10 Wochen.

5) In Fällen, wo Opium und dessen Alkaloide nicht verwendbar sind, hat H. das Bromnatrium mit einem Aromatikum gemischt, in Dosen von 90 Gr. 2—3stündlich, sehr wirksam befunden, ohne dass Bromismus eingetreten wäre.

Das *Jodnatrium* hat H. bei *Syphilis* und *Aneurysmen* ebenfalls mit besserem Erfolge gegeben, als das Jodkalium; namentlich konnte er auch eine Steigerung der Dosen, ohne dass Jodismus eingetreten wäre, vornehmen.

Spender bespricht die Anwendung des *Bromkalium bei Abdominalneurosen.*

Eine ältere verwittwete Dame, welche seit längerer Zeit nach Gemüthsaufregungen stets Diarrhöe bekam (Emotional diarrhoea) und von Sp. dagegen bisher die üblichen Adstringentien mit etwas Opium verordnet erhalten hatte, bemerkte, als ihr wegen Schlaflosigkeit kleine Dosen Bromkalium verabreicht worden waren, dass letzteres Mittel auch gegen die habituelle Diarrhöe insofern gute Dienste leistete, als, so oft Pat. Abends vor dem Schlafengehen eine solche Dosis genommen hatte, die Stuhlentleerung am nächsten Morgen nie durchfällig war.

Die gerühmte Wirkung des Bromkalium gegen das *Erbrechen Schwangerer* kann Sp. nicht bestätigen. Dagegen leisteten bei einer ältern Dame starke Gaben von Bromkalium gegen *Diabetes mellitus* gute Dienste. Endlich erinnert Sp. noch daran, dass James Begbie (Edinb. med. Journ. Dec. 1866) das fragliche Mittel in Gaben von 1.2—2.5 g (stündlich oder auch halbstündlich) mit sehr gutem Erfolge in Fällen von *Cholera* angewendet hat, in denen sehr früh Collapsus eintrat. (Winter.)

469. Zur Casuistik der Vergiftungen.

Eine *rapid tödtlich endende Arsenvergiftung* beobachtete David W. Finlay (Lancet II. 22; Dec. 1883) bei einem 51 Jahre alten, wenig kräftigen Manne, welcher aus Versehen wegen Unwohlseins aus einer Flasche Medicin eingenommen hatte, welche angeblich nur aus einer Glycerinlösung bestand und als äusseres Mittel gegen aufgesprungene Hände verordnet worden war.

Sehr bald hatte sich hochgradige Schwäche und Collapsus, sowie Schmerz im Epigastrium eingestellt. Die Haut war kalt, das Gesicht mit klebrigem Schweisse bedeckt, der Puls langsam, schwach, die Athmung oberflächlich; die Pupillen waren etwas erweitert, jedoch gegen Licht noch reagirend. Da ein Brechmittel erfolglos blieb, wurde der Magen mittels der Magenpumpe entleert und ausgewaschen. Dann wurde etwas Brandy gereicht und Pat. in ein mit heissen Wärmflaschen versehenes Bett gebracht. Trotzdem erfolgte — 1 Std. nach Einnehmen des Mittels — der Tod.

Die *Sektion* ergab die Larynxschleimhaut mässig congestionirt, die Trachea und die grössern Bronchien injicirt, mit zähem Schleim erfüllt, die Lungen emphysematös, aufgebläht. Die rechte Herzhälfte war mit flüssigem und coagulirtem Blute erfüllt, die linke leer und contrahirt. Klappen- u. Muskelsubstanz erschienen normal, am Endokardium des linken Ventrikels fanden sich einzelne Ekchymosen; Leber und Nieren waren congestionirt, die Milz normal. Der Magen enthielt ca. 180 g einer trüben Flüssigkeit, welche anscheinend nur aus Brandy, dem Senf-Brechmittel und zähem Schleim bestand; auf der intensiv gerötheten Schleimhaut zeigten sich einzelne Ekchymosen, aber keine Erosionen. Die chemische Untersuchung des Magens und seines Inhaltes ergab eine reichliche Menge arseniger Säure, welche sich auch in dem geringen Reste der genommenen Medicin vorfand. Letzterer, ungefähr 1.80 g betragend, enthielt noch 9 cg arsenige Säure; da der ganze Flascheninhalt ca. 32 g betragen hatte, so hatte Pat. im Ganzen mehr als 1.5 g des Giftes verschluckt.

F. nimmt an, dass nach solchen enormen Giftdosen eine Lähmung des gesammten Nervensystems, speciell der pneumogastrischen, sympathischen und vasomotorischen Nerven, eintritt. [Wie das Arsenpräparat in die fragliche Glycerinmischung gekommen war, ist nicht angegeben.]

Eine tödtliche Vergiftung durch *Zinkchlorid* kam nach W. H. Crosse (Brit. med. Journ. Oct. 27. 1883) bei einem 62 J. alten, an chron. Bronchitis leidenden, geistig etwas stumpfen Nachtwächter vor, der zur Linderung seines Leidens 60 g einer *Löthflüssigkeit*, welche durch Lösung von Zink in käuflicher Salzsäure hergestellt wird, getrunken hatte.

Unmittelbar darauf fand man ihn stöhnend am Boden liegend und über heftigen Schmerz im Magen nebst Trockenheit des Mundes und der Kehle klagend. Ein Emetikum war ohne Erfolg. Cr. fand den Kr. bei Bewusstsein, aber collabirt, schwer athmend, mit schwachem, aussetzendem Pulse, kalter, von Schweiss bedeckter Haut. Zunge und Mund waren trocken, runzelig. Mehrere flüssige, braun gefärbte Ausleerungen waren erfolgt, dagegen konnte der Harn nicht entleert werden. Nach Applikation des Katheters wurde Milch, Kalkwasser und Oel, sowie etwas Brandy eingeflösst. Schon 4½ Std. nach Einnahme des Giftes erfolgte jedoch der Tod. — *Sektion:* Zunge weiss, runzelig, ebenso die Mundschleimhaut, Oesophagus stark contrahirt, seine Schleimhaut weiss, seidenartig, theilweise abgetrennt; Magen contrahirt, runzlig, die Schleimhaut desselben aschgrau gefärbt, theilweise zerstört, doch ohne Perforation. Der Inhalt bestand aus schmutzfarbiger Flüssigkeit, in welcher sich freie Salzsäure und Zinkchlorid, jedoch kein Blut, nachweisen liess. Der ganze Intestinaltraktus war contrahirt, seine Schleimhaut verdickt, grau gefärbt; namentlich war das Duodenum und der obere Theil des Jejunum vom Gift stark afficirt. In den Lungen fanden sich die Zeichen chronischer Bronchitis. Die Leber zeigte die bei Gewohnheitstrinkern gewöhnlichen Erscheinungen.

Durch den günstigen Ausgang trotz der enormen Menge des Giftes bemerkenswerth erscheint folgender von James Stratton Carpenter (New York med. Record XXIV. 15; Oct. 13. 1883) beobach-

teter Fall, in welchem ein Apotheker angeblich aus Versehen anstatt *Cremor tartari* einige Theelöffel voll *Tartarus stibiatus* in einem Glase Wasser genommen hatte.

Pat. erbrach zunächst ein ganzes Waschbecken voll, das Erbrechen wiederholte sich und war von heftigem Brennen und Schmerz im Verlaufe des Oesophagus und der Reg. epigastrica begleitet. Nach $^1/_2$ Std. fand man ihn im Zustande höchster Prostration, mit kalten Extremitäten, weichem, fadenförmigem Puls nebst den Erscheinungen einer Gastro-Enteritis; sämmtliche Magencontenta waren bereits ausgeworfen, aber in Folge des fortdauernden Würg- und Brechreizes wurde noch eine geringe Menge einer galligen Flüssigkeit oder mit Blut gemischten Schleims entleert, was den Pat. auf das Aeusserste erschöpfte. — Es wurde zunächst eine Gerbsäurelösung, eiweisshaltiges Getränk und etwas Opiumtinktur verabreicht. Die Temperatur betrug 35° C., der kaum fühlbare Radialpuls war langsam und aussetzend. Nebenbei wurde dem Pat. öfters etwas Branntwein mit Aqua Calcis verabreicht und durch heisse Wärmflaschen und kräftiges Frottiren des Körpers eine Reaktion eingeleitet, worauf die Temperatur auf 37.5° stieg und auch der Puls sich etwas hob. Pat. hatte wiederholt bluthaltige „Reiswasser"-Stühle, welche unter krampfhaften Schmerzen in den Schenkeln abgingen, während die Leibschmerzen unter dem Gebrauche der Opiumtinktur — 120 Gtt. in 2 Std. — und nach einer hypodermatischen Morphiumeinspritzung nachliessen. Den quälenden Durst suchte man durch eine Mischung von Milch und Eiern mit etwas Eis, wovon Pat. in kurzen Pausen einige Schlucke nahm, zu stillen. Der nur in geringer Menge abgehende Urin war dunkel gefärbt, enthielt aber weder Blut, noch Eiweiss.

Pat. blieb bei ausschliesslicher Milchdiät 4 Tage im Bett, konnte aber dann als genesen betrachtet werden. Er befand sich 2 Mon. nach dem Ereigniss noch ganz wohl.

Als Beweis, dass auch die *Tinctura Belladonnae* bei Vergiftung durch *Chloral* gute Dienste leistet, erscheint der von J. Mackenzie Routh (Lancet I. 11; March 15. 1884) beschriebene, einen starken Gewohnheitstrinker betreffende Fall bemerkenswerth.

Der Kr. litt an Delirium tremens und hatte von einem Apotheker auf seinen Wunsch einen Schlaftrunk aus 7.5 g Chloral und 3.75 g Bromkalium erhalten, von dem er den 4. Theil nehmen sollte. Pat. hatte aber sofort die ganze Flasche ausgetrunken. R. fand ihn im Bett auf dem Rücken liegend, schlaflos, mit bleichem, lividem Gesicht im Zustand von grosser Schwäche und Athemlosigkeit, mit schnellem, schwachem, unregelmässigem Pulse (120—140), gegen äussere Reize vollständig unempfindlich und mit contrahirten Pupillen. R. verabreichte ihm einen Theelöffel voll Tinct. Belladonnae mit etwas Wasser, worauf nach wenigen Minuten die Athembewegungen und der Herzschlag deutlicher, der Puls langsamer und kräftiger wurde, der Pat. auch auf äussere Reize wieder reagirte. Nach 3 Std. wurden nochmals 20 Tropfen der Tinktur verabreicht, worauf Pat. allmälig wieder zu sich kam, und nach 2tägigem Bettliegen und Darreichung eines Stomachikum sich wieder erholte.

Vergiftung durch die Beeren der Bryonia dioica beobachtete J. B. Mason (Brit. med. Journ. Dec. 1883) bei einem 4 J. alten Kinde.

Dasselbe hatte heftigen Leibschmerz, sehr viel Durst, war heiss und sehr erregt. Nach einem Brechmittel aus Ipecacuanha und Zinc. sulph. trat starkes Erbrechen und Stuhlgang ein, wobei eine Anzahl der rothen Beeren entleert wurden, während die Ausleerungen mit dem rothen Safte der Beeren gefärbt waren. Das Kind wurde zu Bett gebracht, ein warmer Breiumschlag auf den Leib desselben gelegt und gleichzeitig ein Sennaaufguss verabreicht, worauf in den Ausleerungen noch mehrere Beerenschalen abgingen. Am folgenden Tage war kein Schmerz mehr vorhanden, die Temperatur betrug jedoch noch 39.4° C. Es wurde noch eine Salzmixtur verordnet, die Temperatur wurde in den folgenden Tagen normal und bald hatte sich das Kind vollständig erholt.

M. erwähnt noch, dass bei der ersten Untersuchung des Kindes der Puls sehr schwach war, aber bereits nach dem ersten Erbrechen sich auffallend hob.

Der Fall von *Strychninvergiftung*, über welchen Leslie Ogilvie (Brit. med. Journ. June 28. 1884) berichtet, betrifft ein altes Ehepaar, welches 2 Std. vor O.'s Ankunft, statt des seit Jahren gebrauchten Calomel, aus Versehen Strychnin [in nicht angegebener Menge] verschluckt hatte.

Bei der Frau waren schon nach 10 Min., bei dem Mann erst nach Verlauf von 1 Std. die für Strychninvergiftung charakteristischen Symptome aufgetreten.

O. fand letztern bereits im Sterben, während die Frau unter dem Ausdruck hochgradiger Angst, mit nach oben gerichtetem Kinn und fest geschlossenen Kinnbacken im Bett sass und nur mit Mühe sprechen konnte. Sie war jedoch bei vollem Bewusstsein und klagte über Krampf in der Brust, Steifheit der Lenden- und Nackenmuskeln, völliges Unvermögen zu gehen, sowie über grossen Durst. Da O. das Darreichen von Apomorphin nicht angezeigt erschien, liess er die Kr. eine starke Gabe Bromkalium (ca. 4 g) nehmen und die Dosis bald wiederholen. Brecherscheinungen traten nicht auf und Pat. erholte sich allmälig vollständig wieder.

Der Körper des Mannes zeigte 1 Std. nach dem Tode schon starken Rigor mortis, die Haut war trocken und noch etwas warm, das Gesicht bleich, der Mund geschlossen, die Kniegelenke waren steif, die Pupillen mässig contrahirt. — Bei der 4 Std. nach dem Tode bei warmem und feuchtem Wetter vorgenommenen *Sektion* fand man an dem wohlgenährten Körper bereits starke Symptome von Leichenzersetzung, grünliche Färbung und Auftreibung des Abdomen, die oberflächlichen Venen an Nacken, Schultern, Oberarmen und der Innenseite der Unterextremitäten waren stark gespannt, die ganze Hinterfläche des Truncus, Kopfes, Nackens erschien stark congestionirt, das subcutane Gewebe des letztern emphysematös aufgetrieben, aus dem Munde floss etwas blutige Flüssigkeit. Die Todtenstarre war immer noch an den Muskeln der Waden und Schenkel, sowie an den Masseteren vorhanden. Eine Spur von erlittener Gewaltthätigkeit liess sich nirgends auffinden. Durch den Katheter wurden ca. 30 g eines blassgefärbten, trüben Urins entleert. Das subcutane Zellgewebe war schwach entwickelt, die Brustmuskeln blass gefärbt; in der Peritonäalhöhle fanden sich ca. 90 g einer blutig gefärbten Flüssigkeit, Magen und Eingeweide waren durch Gase aufgetrieben, aber ohne Spuren von Entzündung. In jeder Pleurahöhle fanden sich ca. 60 g, in dem Herzbeutel ca. 7.5 g blutiges Serum. Das Herz war etwas erweitert, weich und schlaff, die Herzsubstanz blass, im linken Ventrikel theilweise fettig degenerirt, die Klappen erschienen normal. Die eine Art. coronaria erschien leicht atheromatös; die Aorta war allgemein erweitert, ihre Wandungen wenig elastisch, theilweise atheromatös, keine Blutcoagula innerhalb derselben. Die Lungen waren stark congestionirt, zumal nach hinten, aber durchweg crepitirend. Im Magen fand sich eine reichliche Quantität Strychnin neben ca. 500 g theilweise verdauter Speisereste; die Därme waren leer, Leber, Milz und Nieren gesund. In Trachea und Speiseröhre war weder ein fremder Körper, noch ein Geschwür oder sonstiger krankhafter Process zu finden.

Die Dura-mater erschien normal, an der hintern Gehirnhälfte fand sich ein ziemlich bedeutender subarachnoidealer Erguss; die Hirngefässe und Hirnsinus waren leer, die Gefässe am Circulus Willisii u. an der Fossa Sylvii leicht atheromatös entartet; in der ganzen Gehirnmasse war nirgends ein Bluterguss vorhanden, ebenso im Rückenmark keine Spuren von Congestion oder Extravasat nachweisbar.

Die Länge der Zeit, bevor bei dem Manne die ersten Vergiftungssymptome auftraten, war jedenfalls durch die reichliche Füllung des Magens mit Speiseresten bedingt. Es erscheint daher nach O. angezeigt, selbst in Fällen, wo seit Einverleibung des Giftes schon längere Zeit verstrichen ist, noch Emetika zu verabreichen. Auffallend findet O. die Fortdauer der Todtenstarre bei vorgeschrittener Zersetzung, ferner das Fehlen von Blutcoagulis im Herzen, sowie die auffallend blasse Färbung der Thoraxmuskeln.

Vergiftungserscheinungen nach einer *subcutanen Injektion von Morphium* sah Philip E. Hill (Lancet II. 13; Sept. 1882) bei einem wegen Insufficienz der Mitralklappe und Ascites in Behandlung stehenden 48 J. alten Manne.

Pat. hatte seit einigen Tagen über heftige Leibschmerzen geklagt und deshalb bereits Chloralhydrat und Bromkalium ohne Erfolg bekommen. H. machte deshalb eine Morphiuminjektion (1 Gran auf 10 Tropfen; circa 0.06 : 0.6 g), fand aber den Kr. beim Abendbesuch in tiefem Koma liegend, aus dem er nicht zu erwecken war, mit geisterhaftem Gesichtsausdruck, bleichen Lippen, geöffneten Augenlidern, contrahirten, gegen keinen Lichtreiz reagirenden Pupillen, kalten Extremitäten, den ganzen Körper in kaltem Schweiss gebadet. Dabei bestand erschwertes, stertoröses Athmen, der Puls war jedoch unverändert. H. leitete sofort die künstliche Athmung ein, applicirte Hautreize und verordnete starken Kaffee als Klysma. Gegen 2 Uhr Morgens fingen die Pupillen wieder an zu reagiren, es stellte sich ruhiger Schlaf ein, und bei dem Morgenbesuche fand H. den Pat. wieder vollständig bei Besinnung. (Redaktion.)

III. Pathologie, Therapie und medicinische Klinik.

470. **Traumatische cerebrospinale Meningitis**; von Dr. H. Kornfeld in Grottkau. (Prag. med. Wchnschr. VIII. 34. 1883.)

Vf. theilt in ausführlicher Weise einen Fall mit von einer angeblich auf Contusionen beruhenden Meningitis spinalis, bei welchem sich aber keine äussern Spuren von Verletzungen nachweisen liessen.

Ein Kanonier, der schon öfters über Kreuz- und Kopfschmerzen geklagt haben sollte und stets eine etwas gebückte Haltung hatte, wurde am 12. Febr. 1882 mit dem Säbel auf den nur mit dem Hemd bekleideten Körper geschlagen, so dass sich die Klinge verbog; ausserdem wurde er mit dem Kopfe mehrmals gegen ein Spint gestossen und fiel beim Flüchten über einen Stuhl. Am 13. Febr. meldete sich der Mann wegen heftiger Kreuz- und Rückenschmerzen krank. Am ganzen Rücken waren quer über denselben verlaufende rothe Streifen sichtbar. Am 15. Febr. mässiges Fieber, keine Spuren äusserer Verletzung. Aufnahme in das Lazareth; ungeberdiges Benehmen. Am 26. Febr. unwillkürlicher Urinabgang; Genick- und Kopfschmerzen, Erbrechen. Am 2. März Bewusstlosigkeit. Mittags Tod.

Sektion 25 Std. nach dem Tode. Bei dem Durchfühlen, Bewegen der Extremitäten, des Kopfes, der Rippen und sonstigen Knochen des Stammes war weder eine oberflächliche, noch eine tiefere Verletzung wahrzunehmen. Die harte Hirn- und harte Rückenmarkshaut war stark mit Blut überfüllt, ausserdem bestand Entzündung der weichen Hirn- und Rückenmarkshäute in den verschiedenen Stadien. Bei Abstemmung der Rückenwirbel ergoss sich aus der Trennungsfläche am untersten Ende der Rückenwirbel nach rechts hin 2—3 g gelblich weisser Eiter. Das Gehirn weich, blutreich, zeigte drei nicht abgekapselte Abscesse, der eine von der Grösse eines Taubenei, die andern kleiner. Die Hirnhöhlen waren durch Eiter enorm ausgedehnt, das Ependym erheblich entzündet, das Rückenmark weich, blutreich. Tuberkel wurden weder im sulzigen Belage an der Grundfläche des Gehirns, noch an andern Stellen der Hirnhaut gefunden. Beide Lungen waren durch leichtlösliche strangförmige und schwerlösliche häutige Verbindungen an die Brustwand angeheftet. Die Pleura war verdickt, keine Tuberkel. Im mittlern Lappen der rechten Lunge fand man einen kirschkerngrossen käsigen Herd, in der Umgebung noch zwei kleinere Herde. An der hintern Seite der Luftröhre, entprechend der Bifurkation, zeigte sich ein grosser Eiterherd im Zellgewebe, ausgehend von einer zerfallenen Bronchialdrüse; die übrigen Bronchialdrüsen waren meist vergrössert.

Nach genauer Erwägung aller anamnestischen, klinischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse dieses sehr interessanten Falles kommt Vf. zu dem Schlusse, dass der Tod in Folge einer durch die am 12. Febr. dem Manne zugefügten Misshandlung entstandenen eitrigen Entzündung der weichen Hirn- und Rückenmarkshäute erfolgt sei. Er fügt hinzu, dass die gedachten Einwirkungen diese Folgen nicht nothwendig, und namentlich nicht bei einem vollkommen gesunden Menschen, zu haben brauchen, dass aber bei dem betr. Manne in Folge seiner eigenthümlichen Körperbeschaffenheit, welche der Befund in den Lungen und Bronchialdrüsen nachgewiesen hat, eine besondere Disposition zu ihrem Eintritte vorhanden gewesen ist.

(P. Wagner.)

471. **Beitrag zur Kenntniss vom Zittern**; von Prof. S. Talma. (Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 28. 29. 1884.)

Vf. beabsichtigt, nur eine gewisse Art von Zittern zu behandeln, und zwar hauptsächlich in Hinsicht auf die Lokalisation der dieser Art zu Grunde liegenden Affektion in den Centralorganen. In der Einleitung erwähnt er folgenden Fall, der durch die grossen Exkursionen der Zitterbewegungen von Interesse ist.

Das Zittern trat bei dem betr. Kr. mit Zwischenzeiten von Tagen oder Stunden auf. Die Bewegungen am Kopfe begannen langsam, nahmen aber rasch an Geschwindigkeit und Exkursionsweite zu, bis schlüsslich der Kopf um eine senkrecht stehende Achse mit solcher Geschwindigkeit abwechselnd nach beiden Seiten gedreht wurde, dass die Haare dabei flogen; Neigungen des Kopfes kamen dabei nicht vor. Wenn die Bewegungen des Kopfes den höchsten Grad erreicht hatten, begann das Zittern an den Armen; während die Hände auf den Schenkeln ruhten, wurden die Ellenbogen, hauptsächlich durch Bewegungen in den Schulter- und Handgelenken, abwechselnd nach vorn, nach hinten und gegen den Rumpf ge-

worfen; an beiden Seiten waren die Bewegungen gleich schnell und gleich stark, aber nicht gleichzeitig. Nach den Armen begannen die Beine zu zittern, die Fersen wurden abwechselnd vom Boden erhoben und wieder niedergesetzt; auch an den Füssen waren die Bewegungen nicht gleichzeitig. Der Rumpf machte schnelle, aber sehr kleine Bewegungen nach vorn und hinten. Nachdem die Bewegungen eine Zeit lang gedauert hatten, hielten sie plötzlich u. gleichzeitig an; der Kr. war dann äusserst schwach und matt.

Zu seinem eigentlichen Thema übergehend, theilt T. zunächst die folgenden Fälle ausführlich mit.

Im 1. Falle litt ein 62 J. alter Potator an Zittern, das vor 2 J. im linken Beine, dann im rechten Arme und schlüsslich in allen Gliedern aufgetreten war. Gefühlsstörungen oder Parese der betreffenden Muskeln waren nicht vorhanden, auch die passive Beweglichkeit in den verschiedenen Körpertheilen war frei, aber bei den willkürlichen Bewegungen traten fibrillare Contraktionen und abwechselnde Spannungen der Antagonisten auf, so dass die betr. Theile zitterten. Die Hyperkinese war am stärksten in den willkürlich bewegten Theilen, aber auch (stärker bei stärkern willkürlichen Contraktionen) in vielen Muskeln des Rumpfes, der Glieder u. des Halses bemerkbar; der Kopf wurde dabei nicht bewegt. Die reflektorischen Contraktionen waren sehr stark, besonders die Sehnenreflexe (die selbst in entfernten Muskeln wahrzunehmen waren) und die Periostreflexe; weniger stark, aber doch vermehrt, waren der Cremaster-, der Bauchreflex, die Reflexe der Brustmuskeln, auch der Plantar- und Palmarreflex.

T. stellte die Diagnose auf einen Reizzustand in den der Bewegung dienenden Nervenzellen des Rückenmarks in den Vorderhörnern. Dass es sich um keine tiefere, anatomische Störung handeln konnte, davon überzeugte sich P. durch die Anwendung von Bromkalium, das rasche Besserung herbeiführte; das Zittern verschwand allmälig ganz, aber die Bewegungen wurden langsam ausgeführt, die Sehnenreflexe waren noch stark.

Im 2. Falle hatte der Kr. nach langer Sorge und Gemüthserregung Zittern der rechten Hand beim Schreiben gespürt. Am rechten Mundwinkel bestand Tic convulsif, die Sprache war zitternd. Die Sehnenreflexe am rechten Arme waren ausserordentlich stark, weniger stark, aber ebenfalls erhöht, an allen andern Gliedern; Gefühlsstörungen bestanden nicht. Die Muskelkraft schien nicht vermindert. Beim Heben mässig schwerer Lasten entstanden in den gebrauchten Theilen Zittern, fibrillare Contraktionen und kurze unzweckmässige Zusammenziehungen von ganzen Muskeln; es entstanden dabei Mitbewegungen erst in dem entsprechenden Gliede der andern Seite, danach in allen Gliedern. Bromkalium, kalte Abreibungen, kräftige Nahrung und Gemüthsruhe brachten rasch Besserung.

Die Diagnose war auf grosse Reizbarkeit der motorischen Nervenzellen im Rückenmark besonders derjenigen gestellt, die der Bewegung der Muskeln des rechten Arms dienen. Dass diese besonders afficirt waren, wurde auf vorzugsweise Anstrengung des rechten Arms durch vieles Schreiben bezogen. Auch die Nervenzellen in der Medulla oblongata, besonders die zu den Muskeln des rechten Mundwinkels in Beziehungen stehenden, mussten sich in einem Reizzustande befinden.

Beiden Fällen waren folgende drei Haupterscheinungen gemeinsam. 1) Zittern (unregelmässige Contraktionen von Muskelfaserbündeln, grössern Muskeltheilen und ganzen Muskeln) bei willkürlichen Bewegungen; 2) Verstärkung der Sehnenreflexe; 3) Mitbewegungen in den Muskeln, deren Nerven im Rückenmark entspringen. Alle drei Erscheinungen deuten nach T.'s Meinung auf einen Reizzustand in den Nervenzellen der Vorderhörner des Rückenmarks und der Medulla oblongata hin.

Diese drei Haupterscheinungen fand T. in allen 4 zur Zeit von ihm darauf hin untersuchten Fällen von disseminirter Sklerose; wenn das Zittern zunahm, nahmen auch die Sehnenreflexe und Mitbewegungen zu. Auch in einem Falle von scheinbar typischer perniciöser Anämie ohne deutliche Ursache fand T. diese drei Erscheinungen; der Fall endigte wider Erwarten mit Genesung. Einige Male fand er diese drei Erscheinungen auch zusammen in der Reconvalescenz von Typhus abdominalis; sie verschwanden nach vollständiger Genesung. Ausserdem sah er sie auch einige Male bei chronischer Myelitis, wo die willkürlichen Bewegungen mehr oder weniger bewahrt geblieben waren.

In einem Falle, in dem plötzlich nach einem grössern Marsche blitzartiges Durchzucken in den Beinen und danach Parese aufgetreten war, zeitweilig mit unwillkürlicher Entleerung des Harns und der Fäces, wenn diese dünn waren, zeigten sich vermehrte Sehnenreflexe in den Beinen, wechselndes Verhalten des Schmerzgefühls und gleichmässige Verminderung, aber nicht Aufhebung des Gefühls in den Beinen, aber keine Steifigkeit in den Muskeln bei den Bewegungen. Bei elektrischer Reizung der peripherischen Gefühlsnerven wurden die Sehnenreflexe stärker, Zittern und fibrillare Contraktionen stellten sich ein bei Ruhe der Muskeln und nahmen zu bei Bewegungsversuchen; beim Gehen waren viele Muskeln ungewöhnlich steif.

Offenbar war in diesem Falle ein Reizzustand der Nervenzellen in den Vorderhörnern des Rückenmarks durch starke elektrische Reizung zu Stande gekommen. Vermehrte Sehnenreflexe, Zittern und fibrillare Contraktionen, Steifheit der Muskeln beim Gehen, als Mitbewegungen zu betrachten, geben auch hier das Zusammentreffen der drei Haupterscheinungen.

Dass diese drei Erscheinungen bei Myelitis vorkommen, ist bekannt, doch ist, wie es T. scheint, die Bedeutung derselben nicht richtig gewürdigt worden. Die bekannte Steifheit der Muskeln, die vor Allem Beachtung verdient, sah T. bei Hysteria gravis, Myelitis diffusa und Malum Pottii. Aber in keinem einzigen dieser Fälle waren die Muskeln fortdauernd zusammengezogen (T. hebt dabei ausdrücklich hervor, dass er nur von Steifheit der Muskeln bei Rückenmarksleiden spricht), bei genauerer Untersuchung fand es sich immer, dass die Rigidität nur scheinbar bleibend ist u. immer erst bei Bewegungsversuchen, aber auch bei den allergeringsten, entsteht. Die Rigidität hat in der von Reizzustand der Nervenzellen im Rückenmark abhängigen Erscheinungsgruppe dieselbe Bedeutung wie die Verstärkung der Sehnenreflexe.

In einem Falle von Malum Pottii mit starkem Vorstehen der Processus spinosi des 6. und 7. Brustwirbels und Skoliose des untern Abschnittes der Wirbelsäule nach

links bestand scheinbar bleibende Rigidität der Beine; bei einigermaassen unvorsichtiger Behandlung derselben boten die Muskeln einen fast unüberwindlichen Widerstand, bei sehr vorsichtiger Handhabung aber konnte man den Beinen jede mögliche Stellung geben, wobei nur eine äusserst geringe Spannung der Muskeln zu überwinden war. Bei Versuch der willkürlichen Bewegung entstand augenblicklich Steifheit der Muskeln, die die meisten Bewegungen unmöglich machte; wie viel Schuld daran die Verminderung der Muskelkraft hatte, lässt sich schwer bestimmen. Die Sehnenreflexe an den Beinen waren sehr stark, auch die Periostreflexe. Das Gefühl an den Beinen war normal. Der Zustand besserte sich allmälig. Später war, so lange die Kr. im Bett lag, die willkürliche Bewegung ziemlich ungestört und beim Beginn einer Untersuchung war keine Rigidität zu bemerken; sie trat aber ein bei fortgesetzten passiven Bewegungsversuchen und wurde schlüsslich so stark wie früher; dabei zeigten sich Mitbewegungen im andern Beine, fibrillare Contraktionen und Zittern in den betr. Muskeln ein.

Die drei mehrfach genannten Erscheinungen sind nach dem Mitgetheilten, wie T. annimmt, abhängig von einem Reizzustand der Nervenzellen in den Vorderhörnern des Rückenmarks und in diesen ist auch die Ursache des Zitterns in solchen Fällen zu suchen. In andern Fällen kann natürlich das Zittern auf ganz andere Weise entstehen und eine ganz andere Ursprungsstelle haben; bei Paralysis agitans, bei Tremor senilis liegen andere Verhältnisse zu Grunde. Nur dann ist nach T. das Zittern abhängig von einem Reizzustand in den Bewegungszellen des Rückenmarks, wenn damit starke Sehnenreflexe und Mitbewegungen verbunden sind, die auf in den betreffenden Zellen zu Stande gekommener Irradiation beruhen. Es kann nicht geleugnet werden, dass der Reizzustand der Zellen bei fehlendem Zittern zur Erhöhung der Sehnenreflexe führen kann; ebenso können wohl auch umgekehrt (obwohl diess sehr unwahrscheinlich klingt) die Sehnenreflexe normal sein und doch Zittern auf die erwähnte Art entstehen.

Da es für T. von Wichtigkeit war, zu wissen, ob die Sehnenerscheinungen wirklich nur reflektorischer Natur sind und ob man auch die Zusammenziehungen von Muskeln hierzu rechnen muss, die in Folge direkter Reizung dieser Organe entstehen, veranlasste er Anth. van Ijsendijk, die Natur dieser Erscheinungen zum Gegenstand genauer Untersuchungen zu machen. Die Resultate, die v. Ij. erlangte, sind in dessen Dissertation (Over den aard der peesverschijnselen. Utrecht 1883) niedergelegt.

Um entscheiden zu können, ob die nach Schlag auf die Sehnen entstehende Muskelcontraktion durch direkten mechanischen Reiz der Muskeln entsteht oder als Reflexerscheinung aufzufassen ist, war es nöthig, die Zeit genau zu kennen, die zwischen dem Schlag auf die Sehne und dem Beginn der Muskelcontraktion verläuft. Ueber die Leitungsgeschwindigkeit in den Nerven, noch mehr aber über die Leitungsgeschwindigkeit im Rückenmark ist aber bisher noch nichts Sicheres festgestellt; v. Ij. stellte deshalb Untersuchungen über die Zeit an, die nöthig ist zur einfachen mechanischen Leitung des Schlags von der Sehne bis zum Muskel und über die latente Periode des Muskels bei direkter Reizung. Er fand als die Summe dieser Zeiten 0.03 Sekunden. Er stellte sich nun die Frage, ob die Zusammenziehung des Muskels nach dem Schlag auf die Sehne ungefähr in dieser Zeit oder in einer viel grössern Zeit zu Stande kommt und fand die mittlere Zeit für das Kniephänomen viel grösser: 0.065 Sekunden. Weil die Zeiten für direkte Reizung zu gross waren und weil die Zeit für das Fussphänomen grösser war, als für das Kniephänomen, schloss v. Ij. auf die reflektorische Natur beider. Wenn aber das Bein nicht fest aufgesetzt, oder wenn sehr stark auf die Sehne geschlagen wurde, bekam v. Ij. die erste Erhebung in dem Muskel in viel kürzerer Zeit als 0.06 Sek.; diese Zeit war so kurz, dass, wenn die Erhebung von der Contraktion abhängig gewesen wäre, dadurch bewiesen gewesen wäre, dass das Sehnenphänomen von direkter Muskelreizung abhängig sei. Indessen fand v. Ij. nach Untersuchungen an Personen mit starken Sehnenphänomenen, an Tabetikern ohne Sehnenphänomene, sowie an Leichen, dass die erste Erhebung des Muskels einfach von stärkerer Spannung desselben in Folge des Schlags auf die Sehne abhängt und erst die darauf folgende stärkere Erhebung durch die physiologische Zusammenziehung bewirkt wird.

In einer Nachschrift theilt T. noch 2 Fälle mit, von denen der erste ein Beispiel von scheinbar permanenter Rigidität der Muskeln liefert, die sich als starke reflektorische Contraktion erwies. Der 2. Fall betraf nach Schreck entstandenes und auf erhöhter motorischer Reizbarkeit der Nervenzellen im Rückenmark beruhendes Zittern des Arms.

Vielleicht ist die von Talma aufgestellte Grundlage des Zitterns auch in folgendem Falle anzunehmen, den Westhoff (Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXIV. 2. S. 107. 1884) mittheilt.

Ein Kettengefangener bekam angeblich Beriberi, wurde für todt gehalten und in den Leichensaal gebracht, wo er bei dem Ablösen des Halsringes wieder zu sich kam. Er wurde in das Hospital zu Batavia gebracht und mit Eisenpräparaten behandelt. Wieder zur Arbeit gesendet, bekam er Durchfall und Zucken in den Muskeln. Leber und Herz zeigten nichts Abnormes, die Milz war etwas vergrössert, die Wirbelsäule am 11. und 12. Brustwirbel und am 1. und 2. Lendenwirbel empfindlich gegen Druck, die Harnentleerung häufig, aber in geringer Menge, der Harn selbst normal, Esslust und Stuhlgang gut. Das Hautgefühl war überall normal. Oft wurde der Kr. im Schlafe gestört durch Zuckungen. Wenn der Kr. gehen wollte, gerieth der ganze Körper in Bewegung, mit Mühe machte er ein paar Schritte, bekam dann Schwindel und fiel. Neigung zu Bewegung nach rückwärts wurde nicht beobachtet. Der Kr. zitterte fortwährend; das Zittern und die erschwerte Bewegung sind plötzlich entstanden bei dem mit grossem Schreck verbundenen Erwachen in dem Leichenhause.

Das Zittern konnte, wie W. hervorhebt, weder auf Syphilis, noch auf Missbrauch von Alkohol oder Quecksilber zurückgeführt werden; er glaubt, dass es sich um Paralysis agitans oder Sklerose handele, und ist mehr geneigt, die erstere anzunehmen. Leider fehlen genauere Angaben, namentlich über das Verhalten der Sehnenreflexe und über die Bewegung,

in die der ganze Körper beim Versuch, zu gehen, gerieth, sowie über den weitern Verlauf.

(Walter Berger.)

472. **Fälle von Thomsen'scher Krankheit** (*Myotonia congenita*); von Dr. Knud Pontoppidan. (Hosp.-Tid. 3. R. II. 34. 1884.)

P. theilt 5 Fälle von Thomsen'scher Krankheit mit, von denen vier 2 Geschwisterpaare betreffen; im 5. Falle bestand gleichzeitig Geistesstörung.

1) Der 17 J. alte Kr. hatte eine Schwester, die an derselben Krankheit litt (s. 2. Fall), seine Zwillingsschwester und seine 3 andern Geschwister waren gesund, auch bei keinem andern Gliede der Familie bestand dieselbe Krankheit, dagegen waren Neuropathien anderer Art darin zahlreich vertreten. Wenn der Kr. nach längerem Sitzen (wenigstens $^1/_4$ Std. lang) aufstehen will, wird ihm diess sehr schwer und es geschieht mit einem plötzlichen Ruck; er steht dann erst eine kurze Weile mit zitternden Knien da, ehe er gehen kann; so lange die Schwäche dauert, kann er durch den geringsten Stoss zu Falle gebracht werden. Auch wenn der Kr. eine Treppe hinaufsteigen will, findet sich die Funktionsstörung ein, er steigt dann langsam, steifbeinig und wackelnd. Auch in verschiedenen andern Bewegungen ist er constant behindert, namentlich ist es ihm schwer, die Arme nach hinten zu strecken; wenn er lange einen Arm in einer gezwungenen Stellung gehalten hat, kann er ihn nicht sofort aus derselben bringen. Wenn er die geschlossene Hand öffnen soll, bleibt der Daumen eine Zeit lang in gezwungener Adduktionsstellung stehen. Hat man durch einen plötzlichen Stoss gegen das Gesicht des Kr. den Orbicularis oculi zur Reflexcontraktion gebracht, so bleibt er etwa $^1/_4$ Min. mit zusammengekniffenem Auge und gerunzelter Stirn stehen, ehe die Muskeln wieder allmälig erschlaffen. Dasselbe tritt beim Niesen ein; das Kauen ist zu Anfang von einer strammenden Empfindung begleitet. Die Bewegungen des Kopfes und der Augen sind ungehindert. Pat. behauptet, ohne Schwierigkeit am Turnunterricht theilzunehmen. Im Ganzen ist er schwächlich gebaut, aber die Schenkelmuskulatur zeigt augenfällige Hypertrophie, besonders ausgesprochen an den Adduktoren. Die Oberschenkel haben an den dicksten Stellen 48 und 47, die Unterschenkel 34 und 33, die Oberarme nur 20 cm Umfang. Der an und für sich kleine Biceps brachii zeigt sich im contrahirten Zustande als eine auffallend harte kleine Kugel, wird aber sofort erschlafft auf Aufforderung. Die Kniereflexe sind sehr schwach. Faradisation der Muskeln ruft eine Contraktion hervor, die nach der Entfernung der Elektrode noch eine Weile fortdauert, und dann bleibt der Muskel noch einige Minuten in halb contrahirtem Zustande; auch bei Muskeln, an denen sich keine Funktionsstörung nachweisen lässt, ist diess der Fall. Bei Anwendung des galvanischen Stroms treten die Reaktionen auffällig leicht, schon bei geringer Stromstärke, ein und auch hiernach verliert sich die Contraktion nicht sofort wieder. Die mechanische Reizbarkeit der Muskeln ist nicht deutlich vermehrt.

2) Die 7 J. alte Schwester des vorhergehenden Pat., zeigt dieselbe Störung seit sie zu laufen begann, aber nicht in so hohem Grade als ihr Bruder, bei dem indessen die Krankheit erst allmälig an Stärke zugenommen hatte. Bei der Kr. besteht nur unbedeutende Steifheit und Unbeholfenheit des Ganges nach längerer Ruhe, besonders früh nach dem Aufstehen aus dem Bett. Beim geringsten Anstoss fällt sie und kann dann schwer wieder aufstehen. Die Bewegungen der Hände oder Finger sind anscheinend nicht gehindert, nur bleiben die Finger noch kurze Zeit in gezwungener Flexionsstellung, wenn sie mit der Hand etwas gefasst oder die Hand zur Faust geschlossen gehabt hat, und bei abwechselnder Beugung und Streckung im Ellenbogen geschieht die erste Beugung und Streckung ungehindert, dann werden einige Bewegungen durch Contraktion der Muskeln, die sich stark gespannt anfühlen, gehemmt, später aber die Bewegungen wieder frei. Die reflektorisch hervorgerufene Contraktion des Orbicularis oculi tritt weniger hervor, als bei dem Bruder, dagegen bleibt das Gesicht nach Niesen noch einige Zeit verzogen. Das Aussehen ist gesund, die Muskulatur im Ganzen kräftig, die Beine unverhältnissmässig stark, namentlich die Vasti. Die Muskeln reagiren vollständig normal auf jede Art von Reiz, die Kniereflexe sind sehr schwach, Sensibilitätsstörungen fand Vf. nicht, auch sonst nichts Abnormes.

3) Der Fall betrifft einen 24 J. alten Mann, dessen Vater und Bruder (s. 4. Fall) an derselben Krankheit leiden, ebenso 2 Schwestern, von denen bei der einen die Krankheit nur andeutungsweise vorhanden ist, während es sich bei der andern um einen typischen Fall der Beschreibung nach zu handeln scheint; 2 Söhne vom Bruder des Vaters sollen ebenfalls an derselben Krankheit leiden; sonst ist über Neuropathien in der Familie nichts bekannt. Bei der Untersuchung fanden sich sowohl die Muskeln der Beine, als auch die der Arme und des Gesichts afficirt. An den Beinen tritt Steifheit jedesmal ein, wenn sie in Bewegung gesetzt werden sollen, besonders nach längerem Sitzen, nach den ersten Schritten sind aber die Bewegungen sicher u. ungestört; Wärme sowohl, als Kälte scheint das Leiden zu verschlimmern. Wenn Pat. plötzlich die Hand auf den Kopf legt oder den Ellenbogen beugt, werden die meisten Armmuskeln tonisch contrahirt und Pat. kann den Arm schwer in seine vorige Lage zurückführen, und dann auch nur mit Schwierigkeit die frühere Bewegung wiederholen. Nach Zusammenballen der Hand kann er die Finger nur schwer wieder strecken. Wenn die Bewegungen einige Male wiederholt sind, werden sie leicht und ungestört. Nach festem Schliessen der Augen treten dieselben Erscheinungen auf wie im 1. Falle; nach kräftigem Kauen entsteht ein Gefühl von Strammen im Kieferwinkel und der Mund kann schwer wieder geöffnet werden. Der Pat. ist gesund, mit besonders stark entwickelten Beinen, namentlich auffällig starken Oberschenkeln. Der Umfang am stärksten Theile der Vasti externi beträgt 57 cm, an den Unterschenkeln 38, an den Oberarmen 29, an den Vorderarmen 30 cm; Deltoidei, Cucullares und Sternocleidomastoidei sind ebenfalls in geringem Grad hypertrophisch, die Extensores dorsi und Glutaei dagegen nicht. An einem mittels der Harpune aus dem rechten Vastus ext. entnommenen Stückchen Muskel fand sich bei der mikroskopischen Untersuchung keine sichtbare Veränderung. Die Kraft der Extremitäten ist gut, aber nicht excessiv. Ein Schlag auf einen der hypertrophischen Muskeln bewirkt eine umschriebene Erhebung, nach starkem mechanischen Reiz bleiben die Muskeln contrahirt und erschlaffen erst nach und nach. Die Sehnenreflexe sind schwach und nicht von tonischer Contraktion der entsprechenden Muskeln begleitet. Faradisation der Muskeln ruft sofort bedeutende Contraktion hervor, die erst langsam und gradweise wieder abnimmt, bei Wiederholung aber tritt die Erschlaffung leichter und schlüsslich normal rasch ein. Die Veränderungen der mechanischen und faradischen Erregbarkeit sind am auffälligsten an der Schenkelmuskulatur, die galvanische Reaktion ist normal.

4) Der 23 J. alte Bruder des vorigen Pat. zeigt genau dieselben Symptome und dieselbe Intensität des Leidens, auch die Maasse sind genau dieselben, doch scheinen die Bewegungen der Arme weniger gestört und die Sehnenreflexe sind normal. Sensibilitätsstörungen sind bei keinem der beiden Brüder vorhanden.

5) Dieser Fall betraf einen Geisteskranken u. wurde vor dem Bekanntwerden der Thomsen'schen Krankheit beobachtet; der Kr. war im höchsten Grade psychopathisch disponirt und bot das Bild ausgesprochener degenerativer Geistesstörung. Die Muskeln der Beine zeigten Hypertrophie, die stark gegen den übrigen schwächlichen

Habitus contrastirte, und die verschiedenen Muskeln gleichmässig betraf. Der Gang war wackelud und gewisse Bewegungen waren erschwert, besonders bei der Intention, weniger, wenn die Bewegungen im Gange waren. Wenn der Kr. gefallen war, konnte er nur schwer wieder aufstehen, auch bei dem Aufstehen aus dem Bette waren die Bewegungen sehr erschwert. Der psychische Zustand des Kr. liess eine genauere Untersuchung nicht zu. (Walter Berger.)

473. **Aeusserliche Anwendung des Argentum nitricum gegen Spinalirritation**; von Dr. Friedr. Betz. (Memorabilien XXIX. 1. 1884.)

Während man das Arg. nitr. bei Spinalirritation gewöhnlich in Substanz — bald als Aetzung in Pulverform oder mit dem Stift, bald als leichteres Touchiren seitlich von, oder auf den Dornfortsätzen —, neuerdings auf Eulenburg's Empfehlung auch subcutan anwendet, glaubt Vf. viel besser zum Ziele zu kommen, wenn man dasselbe in schwächerer Dosis in Solution verwendet. Er verordnet zu dem Zwecke eine 1proc. Lösung in Spiritus vini und lässt damit täglich 2mal nicht blos die schmerzhafte Stelle, sondern auch eine weitere Strecke unter- und oberhalb derselben, nach Umständen auch das ganze Rückgrat, tüchtig bepinseln. Die spirituöse Lösung hat den Vortheil, dass das Arg. nitr. mehr in die Tiefe dringt und so eine coagulirende und wasserentziehende Wirkung in den betr. Geweben, resp. den feinern Hautnerven und Capillaren, erzielt wird, wobei eine Art lokaler Anästhesirung stattfindet.

Diese Pinselungen, bei denen die Kr. meist eine wohlthuende, kühlende Empfindung haben, aber nur selten eine Hautentzündung eintritt, die ein Aussetzen der Kur bedingen würde, müssen Wochen und Monate lang fortgesetzt werden, namentlich da, wo es sich um osteomalacische oder andere spondylitische Processe handelt. In Fällen, wo die Spinalirritation sich mehr als Empfindlichkeit gegen Druck kundgiebt, lässt Vf. ein Corsett mit zwei fingerbreiten und halbfingerdicken eingenähten Holzreifen tragen, so dass die Dornfortsätze zwischen diese Reifen zu liegen kommen und somit jeder unmittelbare Druck derselben vermieden wird. Zum Schutze der Leibwäsche gegen die Wirkung des Arg. nitr. wird ausserdem eine vom Halse bis zu den untern Lendenwirbeln reichende, mehrfach zusammengelegte handbreite Longuette getragen, unter welche Vf. während der Nacht eine Kaltwassercompresse legen lässt, von welcher er in manchen Fällen eine sehr günstige Wirkung gesehen hat. (Krug.)

474. **Ueber das Rhinosklerom.**

1) Zeissl, Maxim.: Ein Fall von vereiterndem Rhinosklerom. Wien. med. Wchnschr. Nr. 22. 1882.

2) v. Frisch: Zur Aetiologie des Rhinosklerom. Das. Nr. 32.

3) Pellizzari, Celso: Il Rhinoscleroma. Monografia con 5 Tavole litografiche. Firenze 1883.

4) Lang, E., Ueber Rhinosklerom und dessen Behandlung. Wien. med. Wchnschr. No. 24. 25. 1883.

Nachdem zuerst Hebra (Wien. med. Wchnschr. Nr. 1. 1870) die heute allgemein als „Rhinosklerom“ bekannte Erkrankung beschrieben hatte, wurden weitere Fälle von Weinlechner (Arch. f. Dermat. 1870. p. 578), Mikulicz (Arch. f. klin. Chir. XX. 1876), Geber (Arch. f. Dermat. 1872), Tanturri (Il Morgagni Nr. 1. 1872), Ricchi (Il Raccoglitore med. 1873. p. 104), Hebra jun. (Vjhrschr. f. Dermat. 1875) und Schmiedicke (Das. 1880. p. 257) beschrieben.

In allen diesen Fällen bot sich genau dasselbe Krankheitsbild wie es auch von Hebra und Kaposi (Lehrb. d. Hautkrankh. II. Bd. Erlangen 1876. p. 288) gezeichnet u. in den modernen Lehrbüchern der Dermatologie reproducirt wird: sklerotische Härte des Naseneinganges, die zur Volumzunahme der Nase und Verschluss der Nasenöffnungen führt, von der Schleimhaut ausgehend, sich auf die Oberlippe und nach hinten auf den Gaumen und die Pharynxwände ausdehnend. Während in allen Fällen gleichmässig hervorgehoben wurde, dass ein Zerfall der sklerotischen Massen nicht eintritt, wird von Zeissl (1) über einen Fall berichtet, in welchem eine Ulceration eintrat.

Derselbe, abgebildet auf Tafel XXIV der als Beilage zu seinem Lehrbuch der Syphilis dienenden chromolithogr. Tafeln, betraf einen 35jähr. Mann, der mit Ausnahme eines Trippers niemals krank gewesen sein will. Er, sowie seine Eltern waren von Syphilis, sowie von Spuren einer frühern syphilit. Erkrankung frei. Sechs Jahre vor seiner Aufnahme in das Krankenhaus bemerkte er eine Abnahme seines Geruchsinnes und Behinderung des Luftdurchtritts durch die Nase, und 2 Jahre später erkrankte die Haut über den Thränensäcken und am Nasenflügel, angeblich in Folge eines Falles.

An beiden innern Augenwinkeln fanden sich elfenbeinharte ulcerirte und von Krusten bedeckte Knoten, zwei gleich harte an einander stossende Knoten am rechten, ein kleinerer am linken Nasenflügel, ohne dass die Haut in der Farbe verändert war. Beide Nasenöffnungen waren verengt, die Schleimhaut, namentlich aus dem rechten, hervorgestülpt, das linke in einen schmalen Längsschlitz verwandelt und die untern Nasengänge für die Sonde kaum durchgängig. An der Stelle der Uvula befand sich ein oberflächliches Geschwür, das Neigung hatte, auf die Nachbarschaft überzugehen, desgleichen ein dreieckiges, mit der Basis den Schneidezähnen zugekehrtes Geschwür am harten Gaumen.

Nachdem lokale Applikation von Ungt. hydrarg. und 43 Einreibungen von je 2 g grauer Salbe pro die, die durch Verabreichung von 30 g Syr. Ferri jod. unterbrochen wurden, ohne Erfolg blieben, wurden die Schleimhautwülste mit Jodtinktur bepinselt, *Zittmann*'sches Dekokt und hierauf 8 Wochen hindurch täglich 2 g Jodkalium verabreicht, ohne dass ein Erfolg erzielt wurde. Vielmehr zerfiel der Knoten am linken Nasenflügel, sowie am linken Augenwinkel geschwürig, desgleichen der Schleimhautwulst am linken Nasenloch, wodurch die Knoten sich verkleinerten, es kam zur Perforation des häutigen Septum narium und allseitigen Vergrösserung der Geschwüre, die bis zum Tode des Pat. fortbestanden.

Was die Aetiologie dieser eigenthümlichen Erkrankung betrifft, so scheint sich durch Untersuchungen von v. Frisch (2) einiges Licht über dieselben verbreiten zu wollen. Derselbe hat nämlich nach

Untersuchung von 12 Fällen von Rhinosklerom in den Zellen selbst, sowie zwischen denselben und in den interfibrillaren Spalten des Bindegewebes eine bestimmte *Bakterienart* gefunden, die sich durch Anilinfarben, am intensivsten durch Methylenblau, aber auch durch Gentianaviolet, Methylblau, Fuchsin, Bismarckbraun sehr gut färbte.

Die Einzelstäbchen sind ausserordentlich kurz und es beträgt ihr Längendurchmesser nur ungefähr das Anderthalbfache ihrer Breitendimension, so dass sie nur bei sehr starker Vergrösserung als Stäbchen, bei schwächerer dagegen fast kugelig, wie Kokken, erscheinen.

Sie liegen fast ausschliesslich in den Zellkörpern, selten ausserhalb derselben und sind gewöhnlich am zahlreichsten und deutlichsten in den geblähten Zellen zu finden, welche die gewöhnlichen Rundzellen um das 3—4fache an Durchmesser übertreffen. Diese von Mikulicz ausführlich beschriebenen Zellen sind, wie er zeigt, Rundzellen, die unter dem Einfluss der Bacillen in regressiver Metamorphose begriffen sind, denn er konnte Uebergänge von den gewöhnlichen Rundzellen bis zu jenen Gebilden nachweisen, je nachdem der Inhalt an Bacillen ein geringerer oder grösserer war. Zwischen diesen Zellen finden sich auch freie Häufchen von Bacillen.

Auf Vertikalschnitten durch einen Rhinoskleromknoten trifft man in grössern Strecken häufig nur eine einzige derartige aufgeblähte, von Stäbchen erfüllte Zelle, um welche sich nach der Peripherie zu in regelmässiger Abstufung weniger intensiv veränderte Zellen bis zu normalen Rundzellen finden. An manchen Stellen sind an der Oberfläche nur gequollene Zellen vorhanden, welche an frischen ungefärbten Schnitten bei ihrem stark lichtbrechenden, fast homogenen Inhalt den Eindruck von Fettgewebe hervorrufen. Diese Veränderungen trifft man nur in den ältesten Herden, sie erstrecken sich überhaupt nicht auf alle Rundzellen. Ein Theil der letztern geht übrigens auch, wie Mikulicz gezeigt hat, in Bindegewebe über und alsdann lassen sich auch noch in Spindelzellen Bacillen nachweisen.

Fr. hat von den Bacillen Reinkulturen auf einem hohlgeschliffenen Objektträger bei 35—40° C. in Humor aqueus, sowie in Blutserum und Fleischwassergelatine hergestellt, ein Auswachsen zu längern Fäden oder Dauersporen aber nicht constatiren können. Impfversuche mit frischem Gewebssaft, mit Kulturflüssigkeiten und Gewebsstücken an Hunden, Kaninchen, und Meerschweinchen blieben ohne Erfolg.

Es charakterisirt sich demnach nach Fr. das Rhinosklerom als eine unter dem Einfluss von Bacillen entstandene entzündliche Neubildung mit einer gleichzeitig durch die Bacillen hervorgerufenen theilweisen Metamorphose der Zellen.

Auch Neisser (Ziemssen's Handbuch: Hautkrankheiten I. Bd. Leipzig 1883. p. 716) hat in Präparaten von v. Frisch Bacillen in unzweideutiger Weise gefunden.

Ebenso theilt Pellizzari (3) in seiner ausgezeichneten, mit vielen Abbildungen ausgestatteten Arbeit den Befund von Bacillen in genau derselben Weise mit, wie er von v. Frisch beschrieben worden ist. Die ziemlich umfangreiche Arbeit P.'s knüpft an einen von ihm beobachteten Fall an, der eine 37jähr. Frau betraf. Dieselbe hatte, abgesehen von ihren Abortus, 20 Kinder geboren, von denen jedoch nur 7 lebten, während die übrigen an Krämpfen starben. Sie selbst war sonst gesund, obgleich ihr Mann Syphilis gehabt hatte. Die Erkrankung der Nase begann in ihrem 23. Lebensjahre und führte durch ihr stetiges Fortschreiten durch den mechanischen Verschluss der Luftwege zum Tode.

Indem wir die klinischen Erscheinungen, die sich hier in typischer Weise entwickelten, übergehen, mag nur erwähnt werden, dass P. die Möglichkeit eines geschwürigen Zerfalls, wie er von Zeissl beschrieben ist, in Abrede stellt. Seine mikroskopischen Untersuchungen ergeben zum Theil eine Bestätigung der Befunde von Mikulicz. Das Rhinoskleromgewebe besteht aus einer homogenen Grundsubstanz, welche Rund- und Spindelzellen enthält, worunter die erstern überwiegen und in ihrer Grösse zwischen einem rothen und weissen Blutkörperchen variiren. Einige befinden sich auf dem Wege der Proliferation, andere, in ihrem Umfang bis auf das Drei- und Vierfache vergrössert, mit einem körnigen Inhalt, gleichen vollkommen den Leprazellen. Die Zellen, in gruppen- oder netzförmiger Anordnung, transformiren sich schlüsslich zu Bindegewebe, während eine fettige Degeneration, wie sie von Mikulicz angegeben wird, sich nicht nachweisen liess, vielmehr glaubt P., dass sich eine colloide Degeneration an ihnen vollziehen kann, unter der die Zellen sich verflüssigen und zur Vermehrung der Intercellularsubstanz beitragen. Daher zeigt das Gewebe, so lange die Hornschicht intakt ist, eine gewisse Härte und Elasticität, während, sobald das Epithel ergriffen ist, an der Oberfläche eine viscide, zu kleinen Krusten eintrocknende Flüssigkeit aussickert und die Consistenz mehr teigig wird.

Die Zellinfiltration beginnt um die Gefässe, die Venen und Lymphgefässe und erstreckt sich zuerst in die Tiefe, später nach der Oberfläche. Anfänglich ergreift die Zellinfiltration die Adventitia, später werden die Zellen so zahlreich, dass die kleinen Gefässe vollkommen obliteriren, wodurch die Ernährung des Gewebes beeinträchtigt und eine Degeneration der Zellen herbeigeführt wird, so dass sie glänzen, aufgebläht wie Fetttropfen aussehen. Auch die Nerven, Talg- und Schweissdrüsen degeneriren, ebenso die Drüsen der Schleimhaut. Die letztere hypertrophirt, die Papillen werden beträchtlich vergrössert, während es an andern Stellen unter dem Einflusse der Zellinfiltration zu einer Destruktion des Epithels kommt.

Lang (4) behandelte einen 46jähr. Tagelöhner an Rhinosklerom, der 1 Jahr zuvor eine heftige Contusion des Gesichts mit schmerzhafter Anschwellung

der Nase erlitten und seit 6 Monaten bemerkt hatte, dass die linke Nasenhöhle für Luft undurchgängig war. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus war die Nase um mehr als das Doppelte vergrössert, was durch ein festes, knochenhartes Gewebe bedingt war, welches die linke Nasenhöhle mit Einschluss des angrenzenden Theiles der Oberlippe und des Nasenflügels einnahm. Die Nase überall glatt, zeigte sich nur an der Spitze und am linken Flügelrande durch höckerige Wucherungen vorgewölbt, die Begrenzung der Nasenöffnung um das Doppelte bis Dreifache verdickt, starr und mit blassrothen derben Auswüchsen besetzt. Das linke Nasenloch war durch eine bohnengrosse, theils excoriirte, theils mit Borken verdeckte Vertiefung ersetzt, von welcher aus nur mit Mühe eine geknöpfte Sonde bis zu den Choanen vordringen konnte. Auch an der hintern Rachenwand, sowie am hintern Gaumen fanden sich sklerotische Stellen.

Die Behandlung, durch welche L. ein bemerkenswerth günstiges Resultat erzielte, bestand in Folgendem:

Jeden 2. Tag parenchymatöse Injektionen von 1proc. Salicylsäure-Lösung, wobei wegen der Schwerlöslichkeit in der Flüssigkeit suspendirte Krystalle direkt in das Gewebe eingespritzt wurden, später von einer 2proc. Lösung von Natr. salicyl.; Einführung von Metallröhren, die aussen mit Pflaster umwickelt und mit Salicylsäure bestäubt waren, in beide Nasenhöhlen; Nasendusche mit einer Lösung von salicyls. Natron; Bepinseln der Infiltrate in der Nasenhöhle, an den Choanen, der hintern Rachenwand und dem harten Gaumen mit einer alkoholischen Salicylsäurelösung, Aufschnupfen von Salicylsäure und Einblasen desselben Präparates in den Nasenrachenraum, Gebrauch eines 5proc. Unguent. Natr. salicyl. sowohl zu äussern Inunktionen, als auch in der Weise, dass die Salbe mit einem Spatel durch die äussern Nasenöffnungen hindurchgepresst wurde, bis sie hinter dem Gaumensegel zum Vorschein kam, ausserdem innerlich täglich 2 g Salicylsäure $2^1/_2$ Mon. lang.

Unter dieser Behandlung nahm der Umfang der Nase erheblich ab, die Infiltrate erweichten und schwanden bis auf geringe Reste, wodurch gleichzeitig wieder ein unbehinderter Luftdurchtritt möglich wurde. Zur Beseitigung der letzten Residuen wurde die Salicylsäure durch Carbolsäure ersetzt: parenchymatöse Injektionen einer 1proc. Lösung, Bepinselungen mit einer 2proc. ätherischen Solution und Anwendung einer $^1/_2$proc. Salbe führten noch eine weitere Besserung herbei. Die der Arbeit beigefügten Abbildungen vor und nach der Behandlung lassen in der That die auffallende Besserung erkennen. L. sieht in den Erfolgen seiner Maassnahmen eine Bestätigung der parasitären Natur der Affektion. (Gustav Behrend.)

475. **Ueber Xeroderma pigmentosum** (*Kaposi*).

1) Kaposi, M., Xeroderma pigmentosum. Wien. med. Jahrbb. 1882. IV. Heft mit farbigen Tafeln. — Anzeiger d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien 1882. Nr. 26. p. 139.

2) Neisser, A., Ueber d. Xeroderma pigmentosum (*Kaposi*), Liodermia essentialis cum Melanosi et Telangiectasia. Vjhrschr. f. Dermatol. 1883. X. p. 47.

3) Rüder, W., Ueber Epithelialcarcinom d. Haut bei mehreren Kindern einer Familie. Inaug.-Diss. Berlin 1880. 28 S.

4) Vidal, E., De la dermatose de Kaposi (Xeroderma pigmentosum). Ann. de dermatol. 1883. p. 621, mit 2 farb. Tafeln.

5) Pick, F. J., Ueber Melanosis lenticularis progressiva. Vjhrschr. f. Dermatol. 1884. p. 3, mit 4 colorirten Abbildungen.

Im Jahre 1870 hat Kaposi (Hebra u. Kaposi: Lehrbuch d. Hautkrankh. 2. Bd. p. 182) ein eigenthümliches Krankheitsbild beschrieben, für welches er den Namen „*Xeroderma*“ wählte. Er hatte damals nur 2 Fälle dieser Art beobachtet, gelangte später aber noch in den Besitz von 6 andern, welche mit jenen ersten in ihren Erscheinungen vollkommen übereinstimmten, so dass er neuerdings noch einmal (1) auf diese Affektion zurückkommt.

Sämmtliche Fälle betrafen jugendliche Personen und Kinder im Alter von 2—17 Jahren, darunter 5 weibliche und 3 männliche, der 3. und 4., sowie der 5. und 6. zugleich je ein Geschwisterpaar.

Die Krankheit erwies sich jederzeit als angeboren oder wenigstens von frühester Kindheit beginnend und charakterisirt sich zunächst durch das Auftreten zahlreicher, stecknadelkopf- bis linsengrosser, gelbbrauner, Sommersprossen ähnlicher Pigmentflecke im Bereiche des Gesichts, des Halses, der obern Brustgegend, der Arme u. der Streckseite der Hände. Wegen dieser Erscheinung und weil die weitern Wandlungen der Pigmentation offenbar den anatomischen Anstoss geben zu einer perniciösen und, wie es scheint, immer deletär verlaufenden Complikation, nämlich zu multipler Sarko-Carcinomatosis, ist K. geneigt, jetzt diese Krankheitsform noch näher zu bezeichnen als Xeroderma pigmentosum.

Mit dem Auftreten der buntscheckigen Pigmentirung ist keine stationäre Entstellung, sondern ein höchst wandlungsreicher Process eingeleitet. Im Verlaufe von Jahren schwinden wieder viele Flecke mit Hinterlassung von weissen, narbenglänzenden Punkten, Flecken und Streifen, auch an früher nicht verfärbten Stellen kommt es zu Erscheinungen der Atrophie, die Epidermis wird dünn, trocken, pergamentartig runzelig und schilferig, das Corium selbst durch Schwund der Papillarschicht dünn, geschrumpft, verkürzt, auf sich selbst retrahirt, so dass die untern Augenlider ektropirt, die Nasen- und Mundöffnung verengt, die Finger gebeugt werden, telektatische Gefässe tauchen da und dort auf, wie in schrumpfenden Narben. Dabei ist die Haut immer noch faltbar, wenn auch gespannt, im Uebrigen trocken, glänzend, haar- und drüsenarm, das Gefühl aber gar nicht alterirt.

Ganz eigenthümlich complicirt wird später das Krankheitsbild des Xerod. pigm. durch das akute Auftreten von Epithelialcarcinom an den verschiedensten Stellen des Gesichts, derart, dass binnen weni-

gen Monaten 10—15 derartige Krebsknoten auftreten mit raschem ulcerösen Zerfall und destruktivem Fortschreiten, continuirlichen Recidiven und deletärem Ausgange.

K. berichtet über die von ihm beobachteten 8 Fälle, von denen der 1. und 2., wie oben erwähnt, schon von ihm selbst, der 3. und 4. Fall von Geber 1874 veröffentlicht worden, die 4 andern aber noch unveröffentlicht sind. Multiple Carcinomatosis war hinzugetreten im 1. Falle bei einem 18jähr., im 2. F. bei einem 10jähr. Mädchen, die beide in wenigen Jahren an der Affektion starben; ferner im 3. Falle bei einem 8jähr. Mädchen, im 7. Falle bei einem 18jähr. und im 8. Falle bei einem 22 J. alten Kranken, bei dem im Bereiche des xerodermatischen Gesichtes theils flachepitheliomatöse Geschwüre, theils frische Cancroidknoten in grosser Zahl vorhanden waren.

K. erörtert in Kürze weiter, dass der Name „Naevus“ vielleicht auch nicht unpassend für die Affektion wäre, dass dann aber jedenfalls auch eine unterscheidende Attribut-Bezeichnung dazu noch nöthig wäre, z. B. Naevus atrophicans. Er hebt zugleich nachdrücklich hervor, dass, wie er bereits 1870 angegeben, die Krankheit zwar grosse Aehnlichkeit mit Skleroderma, namentlich mit deren cicatrisirender Form habe, dass aber beide Processe von einander ganz verschieden wären. K. begründet diese Angabe theils unter Hinweis auf die bekannten Symptome der Sklerodermie (starre, bretharte, marmorähnliche Beschaffenheit, glatte Epidermis, Voraufgehen eines Stadium starrer Infiltration, Auftreten im spätern Alter), theils unter Darlegung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse (bei Sklerodermie folgt die Atrophie nach einer harten Infiltration des subcutanen Bindegewebes, bei Xeroderma ist die Atrophie des Corium das Primäre).

In dem von Neisser (2) beschriebenen Falle handelte es sich um einen 24jähr. schwachsinnigen Menschen, dessen jüngerer Bruder angeblich an einer gleichen Hautaffektion litt. Der Vater war an einer Oesophaguskrankheit gestorben, die Mutter zeigte Narben von syphilitischen Geschwüren am Arm, war sonst aber gesund und kräftig.

Die Krankheit hatte bereits im 3. Monat nach der Geburt mit rothen Flecken im Gesicht begonnen, die nach einigen Tagen unter Abschuppung schwanden, sich aber unter der Einwirkung der Sonne wiederholten und auch beispielsweise beim Baden an den sonst bedeckten Stellen zeigten, so weit sie der Sonne ausgesetzt waren. Später traten dunkle Flecke auf. Im 8. bis 10. Lebensjahre zeigten sich Schwerhörigkeit und Schwachsinn.

Der Pat., schwächlich und von gracilem Bau, hatte bei normaler Hautbeschaffenheit an Rumpf, Oberarm und Oberschenkeln, an ersterem 15—20, tiefschwarze linsengrosse Pigmentflecke u. schmutziggraue, rauhe, warzenähnliche Gebilde von Bohnengrösse, am Rücken stecknadelkopfgrosse, rothe Flecke, die auf Fingerdruck nicht schwanden. Die Haut des Gesichts, des Halses, der Vorderarme und Hände war dunkler als die übrige Haut, indem an ihr dunkelbraune und schwarze Flecke mit schneeweissen abwechselten; nur an wenigen Stellen waren grössere entfärbte Stellen.

Gleichzeitig war die erkrankte Haut dünner. Die Lippen, eingezogen, zeigten eine narbige Beschaffenheit, ebenso die Haut der Nase, die an der Spitze ebenso wie das linke Ohrläppchen eine flache, warzige Erhabenheit trug. Am rechten Auge fand sich ein flaches, knorpelhartes, wenig secernirendes Geschwür, welches das untere Augenlid zerstört hatte und auf die Schläfengegend überging.

N., der die bisher beschriebenen Fälle zusammenstellt (Taylor: Transact. of the Amer. derm. Assoc. 1878 7 Fälle; Heitzmann: Amer. Journ. Oct. 1878 1 Fall), reproducirt ausführlich 8 von Rüder beschriebene Fälle, auf welche wir noch näher eingehen, und betont das von Kaposi nicht erwähnte hyperämische Anfangsstadium der Affektion, welche sich unter dem Einfluss äusserer Schädlichkeiten (Sonnenstrahlen), die unter normalen Verhältnissen spurlos vorübergehen, entwickelt. An sich handelt es sich um eine angeborne Anomalie, was daraus hervorgeht, dass mehrere Geschwister in gleicher Weise erkranken.

In Bezug auf die anatomischen Verhältnisse giebt N., theilweise im Widerspruch mit Pick (s. unten), an, dass das Pigment in grossen melanotischen Massen in den tiefern Epidermisschichten, seltener im Corium, liegt und dass an den Stellen der Pigmentanhäufung das Rete Malpighii Zapfen in das Corium hinabsendet, welche als das Initialstadium der Carcinome gelten dürfen, und zu denen sich Veränderungen im Bindegewebe u. Gefässapparat hinzugesellen (Atrophie des Corium und des Pigments, Teleangiektasien).

Rüder's (3) Fälle sind folgende.

Von den Kindern gesunder Eltern erkrankten 7 Knaben etwa mit dem Beginn des 2. Lebensjahres. Die Diagnose war lange zweifelhaft, da man sich zu der durch die spätere Untersuchung festgestellten wegen des jugendlichen Alters der Pat. nicht für berechtigt hielt. Nur ein Knabe, sowie sämmtliche Mädchen, fünf an der Zahl, blieben gesund.

1) Paul, 5 Mon. altes, blondes, kräftiges Kind mit rauher Haut im Gesicht, am Hals, an Vorderarmen und Handrücken.

2) Karl, $1^1/_2$ J. alt, blond. Gesicht weiss gefleckt, daneben hier, sowie auf der stets mit Epidermisschuppen bedeckten Kopfhaut hirsekorn- bis bohnengrosse, rothe und dunkelbraune Flecke mit Epidermisanhäufungen; Handrücken und Arme schmutzig graubraun mit stecknadelkopfgrossen Wärzchen dicht besetzt.

3) Hans, 4 J. alt, dunkelblond, kräftig und gross. Im Gesicht thalergrosse, weisse, perlmutterglänzende Flecke, daneben zahlreiche braune Flecke, stellenweise, namentlich im Nacken, confluirend. Haut an den Vorderarmen und Handrücken bräunlich, rauh, abschuppend, verdickt. Auf der Conjunctiva papillare Wucherungen.

4) Max, 5 J. alt, wohlgenährt, röthlichblond. Haut am Nasenrücken und in den Regg. infraorbital. gleichmässig weiss, glatt, glänzend. Erbsen- bis bohnengrosse

braune Flecke über Gesicht, Hals und Kopfhaut, eine bohnengrosse Warze an der rechten Ohrmuschel. Haut an Vorderarmen und Handrücken braun, mit zahlreichen linsengrossen Wärzchen. Papillare Rauhigkeiten an der Conjunctiva.

5) Otto, 9 J. alt, blond, kräftig. Gesicht wie Nr. 4, nur Kratzeffekte an den Wangen, linsengrosse glatte Warzen am Lippensaum, auf den Backen und an den Ohrmuscheln, Handrücken schmutziggrau, mit Warzen bedeckt. Ein von der Unterlippe entfernter Tumor recidivirte.

6) Christian, 11 J. alt, wie Nr. 5.

7) Johannes, 10 J. alt, an Carcinom der Schläfengegend gestorben.

R., der, wie auch aus dem Titel seiner Schrift hervorgeht, nur der Carcinomentwicklung seine Aufmerksamkeit zuwendet, hebt hervor, dass der Einfluss der Luft in allen Fällen die Anregung zur Erkrankung gegeben, da sich dieselbe an den unbedeckten Körperstellen entwickelt habe. Er erwähnt jedoch, dass die Eltern die jüngern Kinder, so lange sie gesund waren, stets verschleiert gehen liessen, ohne jedoch den Ausbruch der Krankheit verhindern zu können.

Vidal (4) theilt 5 Fälle mit, welche sich auf zwei Familien vertheilen. In der einen Familie waren 2 Mädchen erkrankt, während 2 Knaben gesund waren, in der andern hatte die Erkrankung 3 Knaben befallen, einen Knaben und ein Mädchen dagegen verschont.

In der ersten Familie (Delah...) waren hereditäre Momente nicht vorhanden.

Das erste Kind, 11 J. alt, erkrankte im Alter von 3 J. ohne nachweisbare Ursache an rothen abschuppenden Flecken im Gesicht und an den Händen, worauf sich allmälig die typischen Erscheinungen, wie sie in den übrigen Beobachtungen mitgetheilt sind, einstellten. Zu erwähnen ist nur, dass der rechte Nasenflügel und das häutige Septum narium, sowie die linke Nasenöffnung von einem cancroiden Geschwür befallen waren, und dass sich an verschiedenen Stellen des Gesichts noch ähnliche Geschwüre entwickelten. Ein Tumor an der rechten Seite der Nase wurde excidirt und erwies sich als Carcinom.

Die ältere Schwester, welche, 11 J. alt, verstorben war, erkrankte im Alter von 18 Mon. in gleicher Weise und bekam im 4. Lebensjahre an der rechten Wange einen gestielten, himbeerartigen Tumor, der sich als Cancroid erwies. Drei Jahre später entwickelte sich ein ulcerirender Tumor an der rechten Augenbraue, der sich weiter ausdehnte und Knochennekrose herbeiführte.

In der zweiten Familie (Larré) lagen gleichfalls keine hereditären Momente vor, wenngleich ein Bruder des Vaters an Carcinom des Oesophagus gestorben war.

In derselben erkrankte ein 12jähr. Knabe im Alter von 2 J. mit rothen Flecken an den unbedeckten Körpertheilen, welchen alsdann die übrigen Symptome folgten. Im 6. Lebensjahre traten die ersten Tumoren auf, welche ulcerirten, worauf mehrere folgten, die gleichfalls ulcerirten und bei der mikroskopischen Untersuchung sich als Cancroide erwiesen.

Ein zweiter Knabe, der ebenso im Alter von 2 J. erkrankte und ein ähnliches klinisches Bild darbot, war gestorben und zeigte bei der Sektion, abgesehen von zerfallenen Cancroiden des Gesichts, die auch den Knochen ergriffen hatten, keine nennenswerthen Veränderungen anderer Organe.

Der dritte Knabe, 5 J. alt, war gleichfalls im 2. Lebensjahre erkrankt.

Bei allen Kindern zeigte sich Conjunctivitis, Lichtscheu, sowie auch theilweise Betheiligung der Augenlider am Krankheitsprocesse.

Vidal, der, wie auch Neisser, sämmtliche bisher veröffentlichten Fälle zusammenstellt, weist darauf hin, dass in allen Fällen Kinder gleichen Geschlechts erkranken (nur bei Pick und Kaposi findet sich je eine Ausnahme) und dass die Einwirkung der Sonnenstrahlen die Veranlassung zur Entwicklung gegeben habe, während die Prädisposition zur Erkrankung angeboren sei.

In Bezug auf die mikroskopischen Verhältnisse stimmt er mit Neisser überein.

Bei Pick (5) handelte es sich um 3 Geschwister, deren Eltern gesund und kräftig waren. Die Mutter hatte 12mal am natürlichen Ende der Schwangerschaft leicht geboren. Sämmtliche Kinder kamen „selten schön und kräftig“ zur Welt, jedoch starben 9 in den ersten Wochen nach der Geburt, nur die beiden ersten (Mädchen) und das zwölfte (ein Knabe) blieben am Leben und zeigten sämmtlich die gleiche Erkrankung. Es traten bei ihnen schon im Alter von $1^1/_2$ J. einzelne sommersprossenartige Flecke um die Augen, dann an Stirn, Gesicht, Handrücken und Füssen auf und verbreiteten sich von hier aus centralwärts.

Fall 1. Barbara, 19 J. alt, war, abgesehen von einer häufig wiederkehrenden Conjunctivitis, stets gesund. Innerhalb dreier Monate hatte sich am rechten Auge eine warzenartige Geschwulst gebildet, die sie in das Krankenhaus führte. Kräftig gebaut und von gutem Fettpolster besass sie eine an den nicht erkrankten Stellen wenig pigmentirte Haut. Die Erkrankung war am obern Theile des Körpers bis hinab zu den Mammae und den Schulterblattwinkeln, an den Oberextremitäten, mit Ausnahme der Hohlhände, an den Unterschenkeln, mit Ausnahme der Fusssohlen, lokalisirt. Die untern Drittel der Oberschenkel waren in geringerem Grade erkrankt, isolirte Zonen fanden sich am Nabel, After u. an den Geschlechtstheilen.

Die pathologischen Veränderungen bestanden ganz wie in den übrigen bisher beschriebenen Fällen in sommersprossenartigen, nicht schuppenden Flecken von Stecknadelkopf- bis Hanfkorngrösse in flach erhabenen dunkelbraunen bis schwarzen Flecken, den Lentigines ähnlich, in harten oder weichern fleischrothen, braunen und schwarzen warzenartigen Geschwülsten. Dazwischen fanden sich hanfkorn- bis linsengrosse, aus erweiterten Gefässen bestehende Flecke, sowie runde und streifenförmige, narbenartige atrophische Stellen, die zum Theil von erweiterten Gefässen durchzogen waren. Aus der Anordnung dieser Veränderungen liess sich erkennen, dass die Pigmentflecke die Initialform, die warzenartigen Gebilde die vorgeschrittene Form, die narbig atrophischen Stellen dagegen das Endstadium im Verlaufe dieser Erkrankung darstellten, weil die Pigmentflecke an der Peripherie der erkrankten Bezirke standen und die am spätesten aufgetretenen Veränderungen darstellten, während die warzenähnlichen Gebilde sich an den früher erkrankten Stellen entwickelt hatten, an denen das Auftreten der Epheliden begonnen hatte. — Eine etwas grössere ulcerirte Ge-

schwulst am Unterschenkel, die exstirpirt wurde, recidivirte nach $1/2$ Jahre und wurde von Neuem entfernt.

Dieselben Erscheinungen mit annähernd gleicher Lokalisation zeigten sich auch bei beiden Geschwistern, einem 17jähr. Mädchen und einem $2^3/_4$jähr. Knaben, nur dass bei letzterem die warzigen Geschwülste nicht so ausgeprägt waren, während sich bei ersterem auch am Zahnfleische um den 2. und 3. Backzahn eine wallnussgrosse Geschwulst gebildet hatte.

Die mikroskopische Untersuchung der Lentigines, die an excidirten Stücken vorgenommen wurde, ergab normale Beschaffenheit der Epidermis, die nur stellenweise Zapfen tief in das Corium aussandte. Das letztere war mit Rundzellen infiltrirt, die, in Form von Strängen und Nestern gelagert, dem Verlaufe der Gefässe vorwiegend in der Pars papillaris und dort, wo sie mässiger auftraten, zur theilweise sehr erheblichen Vergrösserung der Papillen beitrugen. Die Gefässe zeigten eine selbst hochgradige Schwellung des Endothels. Das Pigment, dessen Abstammung aus dem Blute P. verfolgen konnte, fand sich an den Stellen, an welchen die Papillen noch deutlich erhalten waren, meistentheils im Rete, wo aber die Zellinfiltration erhebliche Dimensionen annahm, hauptsächlich an diese gebunden.

Der Befund an den warzigen Elementen, sowie der der Epheliden war ein gleicher, nur graduell verschieden, so dass die Veränderungen sich in jenen in höherem, bei letztern in geringerem Grade ausgeprägt fanden. Es zeigte sich bei den Epheliden aber noch eine überaus starke Füllung der Gefässe, woraus hervorging, dass die rothen Flecke ein Vorstadium derselben bildeten. — Die grössern abgetragenen Tumoren erwiesen sich als melanotische Spindelzellensarkome.

Pick weist auf die vollkommene Analogie seiner Untersuchungsergebnisse mit denen, zu welchen Demiéville (Jahrbb. CXC. p. 248) an den gewöhnlichen Epheliden und Pigmentmälern gelangte, hin und zeigt, dass es sich bei der vorliegenden Erkrankung um progressive pathologische Veränderungen handelt, die mit Blutstauung in den Gefässen u. Zellinfiltration um dieselben beginnen, zur Bildung von Pigmentflecken und Pigmentwarzen und mit Weiterentwicklung der Zellinfiltration zur Carcinom- oder Sarkombildung, oder aber schon früher durch Verschluss der Gefässe zur narbigen Atrophie führen.

So ist es Pick in der That gelungen, die Einheit des Processes, welcher diesem sonderbaren Krankheitsbilde zu Grunde liegt, festzustellen. Es handelt sich hier um eine lentikulare Melanose der Haut, die im Gegensatz zu den gewöhnlichen Lentigines und Epheliden nicht stationär bleibt, sondern einen progressiven Charakter zeigt, und daher dürfte die von ihm gewählte Bezeichnung der „*Melanosis lenticularis progressiva*“ wohl Anspruch erheben können, demnächst allgemein acceptirt zu werden.

Was die Entwicklung dieser Erkrankung betrifft, so sind constitutionelle Momente für dieselbe nicht nachzuweisen, vielmehr muss man sie auf eine angeborne Disposition der Haut zurückführen. Pick betont, dass es sich in seinen Fällen um Personen von heller Hautfarbe mit blonden Haaren und heller Iris gehandelt habe, und weist darauf hin, dass auch unter Thieren, namentlich unter den Pferden, Melanosen häufiger bei weissen, als bei anders gefärbten vorkommen.

Schlüsslich räth P., bei dem benignen Charakter der Initialsymptome frühzeitig zur Exstirpation der warzigen Gebilde zu schreiten und bei entwickelter Sarkomatose den Arsenik wenigstens zu versuchen, der von manchen Seiten bei Sarkomen mit Erfolg angewandt worden ist.

Was schlüsslich die Nomenclatur dieser Erkrankung betrifft, so ist die von Kaposi ursprünglich gewählte, die des „Xeroderma“, unhaltbar geworden, weil eine Trockenheit der Haut, wie es Pick auch ausspricht, in Folge einer mangelhaften Schweiss- und Talgsekretion nicht vorhanden ist. Es handelt sich hier vielmehr um eine Starrheit der Haut durch narbige Degeneration bedingt, und auch diese ist nur, wie aus der Darstellung von Pick hervorgeht, ein Folgezustand, eines der Symptome, und zwar nicht einmal das bezeichnendste. Deshalb ist auch der von Auspitz (System der Hautkrankheiten, Wien 1881. p. 100) vorgeschlagene der „Liodermia“ nicht zweckmässig. Dasselbe gilt von Taylor's Bezeichnung „Angioma pigmentatum et atrophicum“. Am besten scheint in der That noch der von Pick in Vorschlag gebrachte Namen „Melanosis lenticularis progressiva“ zu sein, wenngleich auch das Epitheton „progressiva“ zu unbestimmt und immerhin noch einer nähern Definition bedürftig ist.

(Gustav Behrend.)

476. **Ueber Vererbung und Uebertragung der Syphilis**; von Dr. Kassowitz. (Jahrb. f. Khkde. XXI. p. 52. 1884.)

Vf. fasst diejenigen Streitfragen, welche sich seit seiner letzten, bekannten grössern Arbeit über denselben Gegenstand erhoben haben, kritisch zusammen. Er hebt folgende Punkte hervor.

I. Gegenüber den Gegnern der Vererbung der Syphilis durch den Vater ist anzuführen, dass es eine wissenschaftlich festgestellte Thatsache sei, dass die Syphilis vom Vater auf das Kind vererbt werden *kann.*

In Bezug auf die erhobenen Einwände ist zu erwidern, 1) dass Lewin die ganze, sehr bedeutende Casuistik der symptomlosen Mütter erwiesen syphilitischer Kinder ignorirt hat. 2) Es ist keineswegs selbstverständlich, dass auch bei der placentaren Infektion genau so wie bei einer Einführung des syphilitischen Giftes an irgend einer Stelle der Haut bis zum Ausbruch der Hautsymptome eine 8 bis 10wöchentl. Incubationsperiode durchgemacht werden muss. 3) Es lehrt die Erfahrung, dass in den Fällen, in welchen die Erkrankung der Frucht von der Erkrankung der Mutter abzuleiten ist, wenn

die Erkrankung der Mutter durch erfolgreiche Kuren abgeschwächt wird, nach und nach immer schwächer inficirte Kinder zur Welt kommen, bei denen der Ausbruch der Symptome nach der Geburt immer weiter hinausgeschoben wird. Da man aber bei solchen spätern Geburten annehmen darf, dass die placentare Infektion mindestens schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft erfolgte, so müssen nach der Theorie von Lewin gerade bei allen spätern Geburten schon im Uterus die Hautsymptome sich entwickeln. Die von allen Autoren einstimmig bestätigte Thatsache, dass bei den spätern Geburten die Hauterscheinungen immer weiter hinausgeschoben werden, widerspricht aber der Theorie von G. Lewin.

Alle übrigen Vertheidiger der ausschliesslich placentaren Uebertragung der Syphilis schliessen sich genau an Cullerier und Öwre an. Sie führen die Thatsache an, dass Männer, die an Syphilis leiden oder gelitten haben, mit gesunden Frauen gesunde Kinder gezeugt haben. Bei diesen Behauptungen ist aber nach Vf. ausser Acht gelassen worden, a) dass 87 Fälle von Fournier erwähnt sind, wo syphilitische Männer mehrere Monate consequent und energisch mit Quecksilber behandelt worden waren und mit gesunden Frauen gesunde Kinder gezeugt hatten; — b) dass oft nach einer Reihe von Jahren die Vererbungsfähigkeit der Syphilis erlischt; — c) dass bei Männern mit tertiärer Syphilis die Vererbungsfähigkeit erwiesener Maassen später erlischt. Die Gegner schliessen fälschlich, dass diese Männer, da sie syphilitisch sind, auch eigentlich vererbungsfähig sein müssen; sie sind aber nicht vererbungsfähig, weil die Syphilis nur von der Mutter stammen und übertragen werden kann. Sie hätten aber schliessen müssen: die Männer mit tertiärer Syphilis übertragen eben die Syphilis deshalb nicht, weil in diesem speciellen Stadium der Syphilis die Vererbungsfähigkeit erloschen ist.

II. Mütter ohne Zeichen von Syphilis gebären syphilitische Kinder.

a) Es steht sicher fest, dass in vielen Fällen Frauen, welche mit syphilit. Männern syphilit. Kinder gezeugt haben, während vieljähriger Beobachtung frei von Syphilis befunden worden sind.

b) Wenn die Vererbungsfähigkeit von Seiten des Vaters aufhört, so bekommen solche Frauen, welche vorher syphilit. Kinder geboren haben, nunmehr gesunde Kinder.

c) Klinik u. Experimente (Impfungen, Caspary) ergeben, dass Mütter, welche syphilitische Kinder geboren haben, vor syphilitischen Ansteckungen einen gewissen Schutz haben. Doch sind auch Fälle constatirt, wo solche Frauen noch später einer thatsächlich syphilit. Ansteckung unterlagen.

d) Jene Beispiele, bei denen Mütter ohne vorhergegangene örtliche Affektion syphilitisch geworden sind, entbehren für die wissenschaftliche Beurtheilung und für gültige Schlussfolgerungen jeder exakten Begründung. In Bezug auf diesen wichtigen Punkt sind noch weitere Forschungen nöthig.

e) Da ein syphilitisches Weib im Stande sein muss, den syphilitischen Ansteckungsstoff auf das nicht befruchtete Ei zu übertragen, so ist kein Grund vorhanden, welcher zwingt, anzunehmen, dass die nachher erfolgte Befruchtung diess ändern solle. Bei einer nicht syphilit. Frau gestaltet sich die Frage insofern anders, als für den Fall, dass das Ei den Ansteckungsstoff durch Vermittelung des syphilitischen väterlichen Samens erhält, die Scheidewände des fötalen und mütterlichen Blutgefässsystems in vielen Fällen ein Hinderniss für den Durchtritt des syphilit. Contagium von der Frucht zur Mutter bilden. Es ist noch nicht genügend festgestellt, ob jene hindernde Scheidewand in der Richtung von Fötus zur Mutter durchbrochen werden kann, und ob in diesem Sinne gewisse Beispiele zu erklären sind.

III. In Bezug auf die Frage, ob eine Infektion der gesunden Mutter durch den kranken Fötus stattfinden kann, bestehen folgende Ansichten.

a) Es kann syphilit. Erkrankung der Mutter erfolgen, welche, wie erwähnt, ohne Primäraffekt, aber wie gewöhnliche Syphilis verlaufen soll.

b) Die Infektion der Mutter soll sich ausschliesslich durch tertiäre Symptome oder durch eine syphilit. Kachexie kenntlich machen.

c) Die vom Fötus ausgehende syphilit. Infektion der Mutter soll mit Ausschluss aller positiven Erscheinungen nur durch Immunität vor neuer Ansteckung sich charakterisiren.

IV. Die theoretischen Schlussfolgerungen des Vfs. bestehen in folgenden Sätzen.

a) Das syphilit. Gift findet in sehr vielen Fällen an den Scheidewänden des mütterlichen und fötalen Kreislaufs eine Grenze, welche trotz mehrmonatlichem Austausche der Blutströme nicht überschritten wird.

b) Diejenige Person, welche trotz dem placentaren Austausche der syphilit. Säfte von der syphilit. Ansteckung nicht befallen wurde, erlangt eine grosse Immunität von syphilitischer Erkrankung.

(J. Edm. Güntz.)

477. **Ein neuer Fall von Infektion im Uterus**; von Prof. Max v. Zeissl in Wien. (Wien. med. Presse XXV. 20; Mai 1884.)

Ein mit maculo-papulösem Syphilid des Stammes und der Extremitäten, sowie indolenter Schwellung der Leistendrüsen und beider Tonsillen behafteter Syphilitischer hatte, nachdem er durch Zittmann'sches Dekokt, Schmierkur und länger fortgesetzten Gebrauch von Jodkalium anscheinend geheilt worden war, mit seiner Frau den Coitus ausgeführt, worauf letztere schwanger geworden war. Der Mann, inzwischen durch aussereheliche Beischlaf abermals inficirt (Ulcus am Präputium mit nachfolgender Härte der Geschwürsstelle, baldige Heilung durch Sublimatpillen), hatte gleichwohl wiederholt

mit seiner Frau geschlechtlich verkehrt, eine Untersuchung der letztern jedoch keine syphilit. Affektion derselben ergeben, wenn auch dieselbe stark anämisch war, über heftige Kopfschmerzen klagte, eine mässige Schwellung der Inguinal- und Mastoidealdrüsen zeigte, weshalb ihr Vf. Jodeisen innerlich verordnete. Gegen Ende des 7. Schwangerschaftsmonats trat bei ihr ein über Stamm und Innenfläche der Oberextremitäten verbreitetes maculöses Syphilid auf, weshalb neben Fortgebrauch des Jodeisens 20 Einreibungen zu 2 g verordnet wurden. Am normalen Ende der Schwangerschaft gebar die Frau einen Knaben, bei welchem 8 Tage nach der Geburt sich zahlreiche Efflorescenzen von Pemphigus syphiliticus an Handflächen und Fusssohlen, sowie Papeln an der Lippen- und Mundschleimhaut zeigten. Trotz eingeleiteter antiluëtischer Behandlung und Ernährung an der Mutterbrust starb das Kind nach 5 Wochen.

Dieser Fall bestätigt nach Vf. die Annahme, dass die Placenta kein Hinderniss für den Durchtritt des Syphiliscontagium abgiebt; denn da der Mann erst wieder am 25. Mai mit der seit einigen Wochen schwangern Frau cohabitirte — er selbst aber erst am 12. April sich neu inficirt hatte —, so erscheint es dem Vf. zweifellos, dass das von der Zeugung her gesunde [?] Kind erst im Uterus von der inzwischen wieder inficirten Mutter die syphilit. Diathese überkam. (Krug.)

IV. Gynäkologie und Pädiatrik.

478. **Ein verheiratheter Zwitter**; von Prof. Dohrn. (Arch. f. Gynäkol. XXII. 2. p. 225. 1883.)

D. berichtet über einen Zwitter von 31 J., der seit 6 J. glücklich verheirathet, als Mädchen getauft und erzogen war und bei dem sich bei der Untersuchung die Merkmale des männlichen Geschlechts vorfanden.

Pat. war vor ihrer Verheirathung niemals menstruirt, auch traten sexuelle Neigungen wenig hervor und waren nicht auf ein bestimmtes Geschlecht gerichtet, aus den Genitalien ging bisweilen klebriger Schleim ab. Seit ihrer Verheirathung leidet sie an unregelmässigen Blutungen aus den Geschlechtstheilen bald mehrere Wochen, bald nur einige Tage, diese von ihr als Periode bezeichneten Blutungen zeigen kein rhythmisches Verhalten, auch ist ein Zusammenhang derselben mit Cohabitationsversuchen, die stets schmerzhaft, sowohl in den Genitalien, als auch im untern Theile des Abdomen, empfunden wurden, nicht vorhanden.

„Pat. ist von mittlerer Grösse, weiblichem Gesichtsausdruck, bartlos, hat lange Kopfhaare und weibliche Stimme. Die Muskulatur ist kräftig, Fettpolster mässig, die Brüste voller, als bei Männern, doch nicht so stark entwickelt, als beim Weibe gewöhnlich. Der Abstand der Spinae ilium beträgt 28.1 cm, der Cristae 30.2, die Conjugata ext. 18.8. Der Schambogen ist spitzwinklig, die Neigung des Beckens die normal weibliche.

Die äussern Genitalien sind an dem Schamberg und gegen den After hin behaart, in ihren mittlern Partien von Behaarung frei. Vom Schamberg gegen den Damm hin erstrecken sich zwei, den grossen Labien ähnliche, mässig pigmentirte Hautwülste. Nach unten zu vereinigen sie sich nicht durch den Saum einer hintern Commissur, sondern sind durch eine breite Rhaphe, die als schlaffe Hautbrücke vom After zu den Genitalien zieht, von einander getrennt. Die rechte Labie ist erheblich stärker, als die linke. In ihrem untern Abschnitte fühlt man einen mehr als taubeneigrossen, beweglichen Körper nebst Anhängsel, der sich nach seiner Form genau wie ein Testikel und Nebenhode anfühlt; auch kann man, von dem letztern Gebilde ausgehend, einen Strang nach oben bis in den Annulus inguinalis verfolgen. Links fühlt man, etwas höher belegen, das Gleiche, doch sind hier die Gebilde etwas kleiner. In dem zwischen den grossen Labien freibleibenden Spalt treten stark entwickelte, schleimhäutige kleine Labien zu Tage, dieselben bilden oben ein weit hervorragendes Präputium clitoridis. Die Klitoris hat die Form eines Penis infantilis und trägt auf ihrer Spitze ein seichtes Grübchen, welches sich nach unten in eine kleine Kerbe fortsetzt.

Zieht man die kleinen Labien von einander, so sieht man, dass von der Klitoris nach unten eine Rinne geht, in deren oberer Hälfte sich 5 punktförmige feine Grübchen finden; der untere Theil der Rinne geht, flacher werdend, nach der Urethralmündung hinab. Diese Mündung stellt eine weite Oeffnung dar, aus deren hinterem Rande 3 polypöse Zipfel hervortreten, durch dieselbe kann ein Finger bis in die Blase geführt werden. Am hintern Rande der Urethralmündung finden sich 3 sehr feine Kanäle, von denen der rechtseitige 1 cm weit, die andern beiden nur bis auf 0.5 cm weit mit sehr feiner Borste sondirt werden können. Von einer Vagina findet sich keine Andeutung, die Vertiefung zwischen den beiden Labien wird lediglich von dem Urethralschlitz gebildet. Die Urethralmündung liegt 3 cm unterhalb der Klitoris. Per rectum wird nichts gefühlt, was als Uterus, Tuben oder Ovarien, und andererseits auch nichts, was als Prostata gedeutet werden könnte."

Nach dem vorstehenden Befunde hält sich D. für überzeugt, dass er in der Pat. ein männliches Individuum vor sich hatte. Der Genitalbefund lässt auch wohl keine andere Deutung zu; die in den grossen Labien vorgefundenen Körper sind zweifellos Testikel und ihre Grösse lässt vermuthen, dass sie nicht funktionsunfähig sind; damit stimmt auch die Angabe der Pat., dass ihr bisweilen klebriger Schleim abgegangen sei. Die kleinen Kanäle an dem hintern Rande der Urethralmündung sind als Ductus ejaculatorii zu deuten, der zwischen ihnen liegende Kanal als Vesicula prostatica. Die Gewinnung von Sperma gelang freilich nicht. Nur in der äussern Form erinnerten die Genitalien an das weibliche Geschlecht, aber die hierfür ausschlaggebenden innern Organe wurden nicht gefunden. Die Blutabgänge, an welchen Pat. gelitten, können nicht als Beweis für das Vorhandensein weiblicher Keimdrüsen gelten, dieselben stammen vielmehr aus den polypösen Zipfeln an der Urethralmündung, welche letztere für die Cohabitation gedient hatte.

D. findet den Ausgangspunkt der vorhandenen Missbildung in dem mangelnden Zusammenschluss der äussern Theile, nämlich der Urethra und der Scrotalhälften. Pat. ist somit ein Hypospadiaeus; die Hälften des Scrotalsackes haben sich nicht in einer Rhaphe vereinigt und täuschten somit grosse Labien vor. (van Vaernewyck, Bremen.)

479. Divertikel der Harnröhre beim Weibe *(Ectasia urethrae s. Urethrocele vaginalis)*; von Prof. C. Santesson in Stockholm. (Nord. med. ark. XVI. 1. Nr. 4. 1884.)

Eine 48 J. alte Wittwe, die im J. 1861 im Serafimerlazareth in Stockholm aufgenommen wurde, hatte 2 Mal (14 u. 12 J. früher) schwer, aber ohne Instrumentalhülfe, geboren. Sie litt an Schwierigkeit bei der Harnentleerung und datirte ihr Leiden seit kurz nach der 2. Entbindung: es begann mit Jucken und Hitze, Schmerzen in der Vagina beim Coitus, sowie bei anstrengenden Arbeiten und Treppensteigen. Kurz darauf stellte sich in der Nacht häufigerer Drang zur Harnentleerung ein, die schmerzhaft wurde, bei schwerern Arbeiten trat dieser Drang auch am Tage auf. Die Kr. hatte dabei das Gefühl gehabt, als wenn etwas in der Scheide vorgefallen wäre, die Geschwulst, die sie bemerkte, hatte damals schon dieselbe Grösse gehabt, wie zur Zeit der Untersuchung. Da die Kr. eine sitzende Lebensweise führte, störte sie das Leiden wenig, bis sich schlüsslich nach Anstrengung bei Heben die Symptome rasch in hohem Grade steigerten.

Die vordere Vaginalwand fand sich herabgewölbt in Form einer glatten, elastischen, wallnussgrossen Geschwulst, über welcher die Columnae rugarum der normalen Vaginalschleimhaut in gewöhnlicher Weise verliefen, nur etwas weiter auseinander stehend. Die Geschwulst stand sowohl mit der Harnröhre, als auch mit der Vaginalschleimhaut in engem Zusammenhange und liess sich an letzterer mit dem Finger umkreisen. Sonst fand sich an Vagina und Uterus nichts Abnormes. Durch die Mündung der Harnröhre drangen von der hintern Wand der letztern aus 2 kleinere, hahnenkammähnliche Auswüchse (Teleangiektasien) hervor. Wenn ein Katheter mit der Spitze nach der hintern Wand der Harnröhre gerichtet in diese eingeführt wurde, kam er in eine der Geschwulst entsprechende, elliptisch geformte Höhle von etwas über 3 cm Länge und ungefähr 2 cm Breite, mit glatten, in der Mitte der Höhle dünneren Wänden. Die Einmündung dieser Höhle in die Harnröhre hatte ungefähr den Umfang eines mittelgrossen Katheters und lag etwas unterhalb der Einmündung der Urethra in die Harnblase, ungefähr an der Grenze des obern und des mittlern Drittels der Urethra, die Richtung der Geschwulst ging von der Einmündung in die Urethra aus etwas nach oben gegen die hintere Seite des Blasenbodens zu. Durch Druck von der Vagina aus konnte der Umfang der Geschwulst vermindert werden, aber es ging dabei kein Harn aus der äussern Urethralmündung ab, sondern zurück in die Blase; auch nach Entleerung der Höhle mittels des Katheters, wobei etwas mit Schleim gemischter Harn abging, nahm der Umfang der Geschwulst ab. Druck auf die Geschwulst und auf die Blase erregte Schmerz. Wenn die Kr. den namentlich in der Nacht häufig auftretenden Harndrang nicht befriedigte, trat unter grossem Schmerz unfreiwillige Entleerung ein. Der Harn reagirte sauer, hatte 1014 spec. Gewicht und enthielt etwas Schleim, aber sonst keine abnormen Beimengungen.

Da besondere Verhältnisse der Kr. keinen längern Aufenthalt im Krankenhause gestatteten, wurde vor der Hand von einer radikalen Operation abgesehen. Nur die Teleangiektasien wurden entfernt und die Harnröhre in ihrer ganzen Länge mit Höllenstein geätzt, am stärksten am Blasenende; gleichzeitig wurden laue Bäder und Sitzbäder verordnet. Hierdurch wurde bedeutende Besserung erzielt, so dass die Kr. den Harn besser halten konnte.

Anfang 1863 hatte sich der Zustand wieder verschlechtert. Wenn die Kr. nach dem Harnlassen eine Zeit lang stand oder sass, ging Harn unfreiwillig ab, offenbar entleerte das gefüllte Divertikel allmälig seinen Inhalt. Dazu gesellte sich noch Unfähigkeit, den Harn zu entleeren, jedenfalls in Folge davon, dass das überfüllte Divertikel, wenn dessen Inhalt aus irgend einem Grunde keinen freien Abgang gehabt hatte, auf die Harnröhre drückte. Nach der im Mai 1863 zum 2. Male erfolgten Aufnahme versuchte man, den Umfang der Geschwulst mittels Aetzung der Vaginalseite derselben mit rauchender Salpetersäure durch Narbenbildung zu vermindern. Nach Abstossung der Brandschorfe und Heilung der Wunden zeigte sich der Umfang der Geschwulst um die Hälfte vermindert. Der Erfolg dieser Behandlung war sehr gut; die Kr. hatte keine Incontinenz mehr und konnte den Harn stundenlang halten.

Im Frühling 1865 kam die Kr. zum 3. Male in das Hospital. Die Geschwulst in der Vagina hatte sich vergrössert und unfreiwillige Harnentleerung trat oft ein. Dieses Mal wurde ein elliptisches Stück aus der vordern Vaginalwand über der Geschwulst ausgeschnitten; die Ränder wurden lospräparirt und mittels Nähten vereinigt. Die Operation wurde nicht unbedeutend durch die Kauterisationsnarben erschwert. Durch theilweise Gangrän der lospräparirten Lappen wurde die Heilung verzögert, so dass die Kr. erst nach mehr als 5 Wochen entlassen werden konnte. Das Divertikel hatte jetzt etwa die Grösse einer Fingerkuppe und fühlte sich fest an, fast wie eine solide Geschwulst. Jetzt war vollständige Continenz erreicht.

Nach 4 Jahren stellten sich die frühern Beschwerden allmälig wieder ein und im Dec. 1870 wurde die Kr. zum 4. Male aufgenommen. Die Geschwulst hatte sich nicht bedeutend vergrössert, die Höhle besass etwa die Grösse einer langgestreckten Haselnuss, die Communikationsöffnung zwischen ihr und der Urethra zeigte ungefähr die frühere Grösse. Der Allgemeinzustand der Kr. war schlecht, sie litt an chronischer Urethro-Cystitis und Nephritis, die Urethra war ungewöhnlich weit und schlaff, trotz Oedem ihrer Wandungen. Bei Druck auf das Divertikel sickerte der Inhalt durch die äussere Harnröhrenmündung aus. Die Kr. konnte in aufrechter Stellung und bei Bewegungen den Harn schwer zurückhalten. Dieser war alkalisch, bedeutend mit Schleim gemischt, enthielt Phosphatgries u. theils feinkörnige, theils hyaline Tubularausgüsse. Ausserdem war die Kr. sehr herabgekommen und zeigte specifisches Ekthyma an Rumpf und Extremitäten. Durch Behandlung mit Blasendusche, Bädern, Jodkalium und Tonicis besserte sich sowohl das Blasenleiden, als auch der Allgemeinzustand, die Incontinenz nahm ab, besonders nach Aetzungen der Harnröhrenschleimhaut. Von einer neuen Operation wurde abgesehen, theils weil die Kr. nicht wollte, theils wegen des schlechten Zustandes der Kr. und der Complikation von Seiten der Nieren und der Blase. Im Juli 1871 wurde die Kr. entlassen und S. sah sie nicht wieder, hörte aber, dass sie nach kurzer Zeit in einer Versorgungsanstalt gestorben sei.

S. spricht sich dahin aus, dass er, wenn ihm ein Fall unter gleichen Verhältnissen wie bei der 1. Aufnahme vorkommen sollte, kein Bedenken tragen würde, sofort die Excision des Divertikels und die Vereinigung der Wundränder über einen in die Blase eingeführten Katheter mit Suturen auszuführen. Die Operation würde der Boutonnière gleichen und das Resultat bei normalem Harne und gesunden Nieren zufriedenstellend sein.

Duplay (Arch. gén. 7. S. V. p. 12. Juillet 1880) hat im Ganzen nur 6 Fälle von Divertikel der Harnröhre beim Weibe in der Literatur auffinden können: Foucher (Monit. des Hôp. 1857. p. 758); Priestley (Brit. med. Journ. 1869. Bd. VIII.); Gillette (L'Union 12; Avril 1873); Lawson Tait (Lancet 30. Oct. 1876. p. 625); Duplay (a. a. O. p. 18); G. Simon (Mon.-Schr. f. Geburtsk. XXIII. p. 245).

Dass Divertikel an der Harnröhre beim Weibe so selten beobachtet worden sind, ist nach S. schwer zu erklären, weil eine der disponirenden Ursachen keineswegs selten ist; er meint, dass vielleicht manchmal ein Divertikel übersehen und die Incontinenz nebst den übrigen Symptomen auf andere Ursachen geschoben worden sein könnte.

In Bezug auf ihre Entstehung sind diese Divertikel zunächst entweder angeboren oder erworben. Die angebornen stehen in Zusammenhang mit der fötalen Kloakenbildung, wenn z. B. ein abgeschnürter Theil einer rudimentären Vagina in die Harnröhre mündet oder bei unvollständiger Entwicklung der Harnröhre eine Lücke an der Wand bleibt. Bei den erworbenen Divertikeln hat man zu unterscheiden zwischen wirklichen Ektasien (Diverticula vera), die durch eine partielle, aber doch dabei mehr oder weniger scharf begrenzte Ausbuchtung in einer übrigens normalen Harnröhrenwand entstehen, und solchen, die in Folge des Durchbruches einer ausserhalb der Harnröhre gelegenen Höhle (Abscess, Cyste) durch die Harnröhrenwand entstehen (Diverticula spuria).

Für die Entstehung der wahren Divertikel hält S. vorausgegangene Schwangerschaft und Entbindung, besonders wenn letztere langwierig und schwer gewesen ist, für veranlassende Ursachen. Wenn man bedenkt, wie ein verhältnissmässig rasch auftretender, einigermaassen anhaltender, starker Druck auf einen mit Muskelfasern umgebenen Ausführungsgang oder Kanal wirken und dessen Contraktionsvermögen für kürzere oder längere Zeit, manchmal für immer, schwächen oder aufheben kann, ist auch leicht einzusehen, wie der Druck, dem die Harnröhre bei der Entbindung stets ausgesetzt ist, wohl auch mitunter so stark und langwierig werden kann, dass die Muskulatur derselben in grösserer oder geringerer Ausdehnung ihren Tonus und gleichzeitig ihre Widerstandskraft verlieren kann. Dadurch kann eine Ausbuchtung dieser schwachen Stelle, ein Diverticulum verum, zu Stande kommen, ohne dass eine nachweisbare, für das Gefühl oder für das blosse Auge wahrnehmbare Continuitätsstörung sich eingestellt hat. Dass diess vorzugsweise an der untern Seite der Harnröhre eintreten wird, ist durch die vorhandenen anatomischen Verhältnisse bedingt. Ein direktes Trauma, eine Contusion oder dergleichen, z. B. bei der Zangenentbindung oder bei der fortdauernden Geburtsarbeit, erschwerte gewaltsame Katheterisation kann dasselbe Resultat herbeiführen, braucht aber nicht nothwendiger Weise der Divertikelbildung vorherzugehen. Venenerweiterungen, wie sie Simon in dem von ihm mitgetheilten Falle im Septum urethrovaginale beobachtete, u. wie sie während der Schwangerschaft oft in ganz bedeutendem Grade vorkommen, können dabei auch mitwirken, indem sie eine Verdünnung der Harnröhrenwand und dadurch eine Abschwächung oder vollständige Aufhebung des Contraktionsvermögens der cirkularen Muskellagen in der Harnröhre bewirken können.

Die Entstehung der Diverticula spuria setzt eine begrenzte Höhle ausserhalb der Harnröhre und einen durch Trauma oder Atrophie bedingten Durchbruch durch die zwischen beiden liegende Wand voraus, durch welche sich der Inhalt der Höhle entleert. Zu solchen Höhlen gehören zunächst die periurethralen Abscesse, die aber bei Frauen viel seltener sind als bei Männern; S. hat einige solche Fälle beobachtet, in denen aber dem Durchbruch in die Urethra durch zeitig ausgeführte Oncotomie vorgebeugt wurde. Cystengeschwülste im Septum urethro-vaginale sind selten, S. hat aber doch 2 Fälle beobachtet, in denen Schleimcysten in der vordern Vaginalwand oberhalb des Promontorium urethrae ihren Sitz hatten. Beide Cysten waren oval, die eine, von der Grösse einer Mandel, verursachte keine Störung bei der Harnentleerung, die andere war mehr als doppelt so gross und verursachte durch Druck auf die Harnröhre Dysurie. In beiden Fällen wurde ein elliptisches Stück der Vaginalschleimhaut ausgeschnitten und zugleich die mit dieser eng verwachsene Cystenwand; der zähe, mucinhaltige Inhalt wurde ausgespült, die Innenseite des Sackes abgetrocknet und mit Höllenstein wiederholt geätzt. In beiden Fällen trat bald Heilung ein.

Die Symptome sind fast in allen Fällen übereinstimmend und denen im mitgetheilten Falle entsprechend. Die Diagnose hat bei aufmerksamer Untersuchung keine Schwierigkeit. Was die Behandlung betrifft, so ist eine Operation das einzige Mittel, Radikalheilung zu erzielen. Am einfachsten und sichersten ist die von Foucher angewandte Methode, der die hintere Wand der Geschwulst theilte, an jeder Seite der Incision ein hinreichend grosses Stück der Vaginal- und der Urethralwandung abtrug und schlüsslich die Wundränder mit Nähten vereinigte. Die von S. gewählte Operationsmethode, der den Sack bestehen liess, einen Theil der vorher losspräparirten Vaginalwand abtrug und durch Nähte die Wundränder über dem Divertikel vereinigte, kann nur eine temporäre Besserung herbeiführen. Wenn die Geschwulst aus einer einfachen Erweiterung der Harnröhre besteht, muss man sich bei der Excision hüten, das innere oder das äussere Orificium urethrae zu treffen, wenn sie normal funktioniren. Wenn der Harn von normaler Beschaffenheit ist, hat seine Berührung mit der Wunde in der Harnröhrenwand keine nachtheiligen Folgen; wenn er mit Schleim gemischt oder alkalisch ist, muss man versuchen, durch geeignete innere Mittel und Ausspülungen der Blase seine Beschaffenheit zu verbessern, ehe man die Operation vornimmt. (Walter Berger.)

479. **Fall von gestieltem Vaginalhämatom**; von Prof. Anderson. (Hygiea XLVI. 3. Svenska läkaresällsk. förh. S. 25. 1884.)

Ein 22 J. altes, Anfang des 7. Monats schwangeres Frauenzimmer hatte seit 3 Mon. an häufigem Schmerz in den Schenkeln und äussern Genitalien gelitten und Varices an diesen Stellen bekommen, vorher indessen nichts Abnormes bemerkt. Am Tage vor der Aufnahme hatte sie

unmittelbar nach raschem Laufen bergan Schmerz in den Genitalien bekommen u. eine blaurothe, glatte, ungefähr gänseeigrosse Geschwulst bemerkt, die aus der Vulva hervorragte; dabei hatte etwas Blutung stattgefunden. Bei der Untersuchung zeigte sich die Geschwulst schwarzblau, elastisch, fast unempfindlich, von der Mittellinie der hintern Vaginalwand mittels eines etwa 5 cm langen und 1 cm dicken Stieles ausgehend, dessen Insertion dicht oberhalb des Introitus vaginae stattfand. In diesem Stiele fühlte man strangförmige Anschwellungen, welche unzweifelhaft durch variköse Venen gebildet wurden. Die Geschwulst konnte mit Leichtigkeit ganz aus der Vagina hervorgezogen und wieder reponirt werden, drang aber bei Bewegungen der Kr. zum Theil nach aussen; es fand sich an der Geschwulst nirgends eine Verletzung, aber an der ganzen Oberfläche derselben sickerte etwas Blut hervor. Bei der Untersuchung vom After aus fand sich an der vordern Wand des Rectum keine andere Veränderung, als eine auf eine kleine Stelle beschränkte Einziehung oder Vertiefung, die einer begrenzten Stelle des Stiels der Geschwulst entsprach. Seit dem Auftreten der Geschwulst hatte die Kr. etwas Schwierigkeit bei der Entleerung der Blase und des Darms bemerkt.

Die Geschwulst wurde reponirt und dann wurden Carbolausspülungen verordnet, da aber dieselbe immer wieder vorfiel, wurde ein Verband angelegt, der sie vollständig zurückhielt; die Pat. nahm indessen den Verband wieder ab. Nach einigen Tagen begann das unterste Segment der Geschwulst ein missfarbiges Aussehen zu bekommen, wurde mortificirt und vollständig abgestossen. Der Rest des Hämatom, der keine Neigung zeigte, herauszudringen, nahm dann rasch durch Resorption ab. Der Allgemeinzustand war während der ganzen Zeit gut, nur während 2 Tagen erhob sich die Temperatur etwas über 38° und zu der Zeit, als die Mortifikation der Geschwulst begann, schwitzte die Kr. stark. Nach noch nicht 2 W. war die Geschwulst verschwunden und es blieb nur eine kleine Prominenz an der Stelle zurück, wo der Stiel gesessen hatte; 3 W. nach der Entstehung des Hämatom war auch diese Prominenz verschwunden und die Vaginalwand überall glatt, nur an einer kleinen Stelle war eine narbenartige Einziehung zu bemerken, die vollständig unempfindlich bei Druck war.

Nachdem die Kr. sich eine Woche lang vollständig wohl befunden hatte, stellten sich Wehen ein. Die Geburt (Frühgeburt zu Anfang des 8. Monats) ging vollkommen normal vor sich, nur am hintern Umfang des Introitus vaginae entstand ein oberflächlicher Einriss.

Die Entstehung des Hämatom scheint in diesem Falle auf dieselbe Ursache zurückzuführen zu sein, die allgemein für das Auftreten eines solchen während der Schwangerschaft angenommen wird, auf eine heftige Anstrengung bei vorhandener Disposition, wie sie Gefässektasie und Gewebsauflockerung während der Schwangerschaft in sich schliessen. Die gestielte Form konnte nicht auf ein rudimentäres Septum zurückgeführt werden, da der Stiel ganz und gar verschwand, ohne eine Spur zu hinterlassen; eine Cyste oder eine präformirte Höhle hatte nicht bestanden; es zeigte sich, dass das Extravasat in keine grössere Höhle stattgefunden hatte, sondern in das Gewebe infiltrirt war. A. hält es nicht für ganz unwahrscheinlich, dass die gestielte Form mit der Varikosität an der Stelle in irgend einem Zusammenhange gestanden habe, von welcher die Geschwulst ausging, zumal, da man im Stiele strangförmige Anschwellungen fühlte, die vermuthlich aus erweiterten Venen bestanden. (Walter Berger.)

481. Striktur des Scheidengewölbes, bewirkt durch Krampf des Musculus levator ani; von Dr. K. Henrichsen in Odessa. (Arch. f. Gynäkol. XXIII. 1. p. 59. 1884.)

Die Erscheinung des *Penis captivus* ist Laien und Aerzten nicht unbekannt. Scanzoni führt sie zurück auf einen Krampf des *Constrictor cunni,* Hildebrandt dagegen auf einen Krampf des *Musculus levator ani.* Marion Sims beschuldigt hierfür einen den obern Scheidentheil comprimirenden Muskel, dessen Bedeutung bei der Samenentleerung darin bestehe, dass er die Glans erfasse, sie gegen die Portio vaginalis andrücke und den Cervikalkanal mit der Harnröhre in ein Ganzes zur Beförderung des Samens in den Uterus vereinige. Gesehen hat er diesen Muskel nicht. Beigel bestreitet auf Grund der anatomischen Befunde von Luschka, dass sich eine Striktur der Scheide durch Krampf des Levator ani bilden könne, die Scheide könne höchstens der vordern Beckenwand genähert, auch wohl von beiden Seiten einigermaassen comprimirt werden.

Vf. glaubt, dass der *Levator ani,* wie ihn Hyrtl schildert, mit seinen vordern und mittlern Bündeln eine Verengerung der Scheide bewirken muss. Er konnte an einer kinderlosen, nervösen Frau bei Einführung der Sonde zur Aufrichtung des anteflektirten Uterus eine krampfhafte Contraktion des Constrictor cunni und eine ringförmige Verengerung des obern Theils der Scheide constatiren; denselben Befund hatte auch Tolotschinow bei derselben Patientin. Vf. theilt dann folgenden interessanten Fall mit.

Die anämische A. K., 25 J. alt, menstruirte seit dem 15. J., hatte vor 2 J. ein 6monatl. todtes Kind geboren und klagte bei der Aufnahme über Schmerzen im Unterleibe, unregelmässige und geringe Menstrualblutungen. Der untersuchende Finger gelangte nur mit Mühe und Aufwand einer erheblichen Kraft in die Scheide und traf auf eine ringförmige Zusammenschnürung von 3 cm Breite; während die zweite und dritte Fingerphalanx sich vollständig frei in der Scheide bewegte. Der Fundus uteri war verdickt, nach vorn und rechts abgewichen, unempfindlich. Die Untersuchung der linken Beckenhälfte war sehr schmerzhaft und ergab eine kastaniengrosse Geschwulst. Das Collum [Vf. meint offenbar die Portio vaginalis. Ref.] war durch eine Membran verdeckt. Der Krampf war für die Kr. schmerzhaft und lästig. Denselben Befund ergab die Untersuchung vom Rectum aus. Wurde gleichzeitig ein Finger in das Rectum, einer in die Scheide geführt, so konnte weder Vaginismus, noch eine Verengerung im obern Scheidentheile nachgewiesen werden, das „Collum uteri“ konnte frei erreicht, der Finger um die hintere Lippe geführt und das „Collum“ nach vorn gezogen werden. In der Nacht traten die Menses ein, waren schmerzlos, mässig und dauerten 5 Tage. Nach 8 Tagen fand Vf. dieselbe Lage des Uterus, die Geschwulst war kleiner und unempfindlich, krampfhafte Contraktionen fehlten; ausser einer unbedeutenden Erosion der vordern Lippe war nichts Abnormes vorhanden.

Es lag mithin ein Krampf des *Constrictor cunni* und des *Levator ani* vor; letzterer „konnte also, wie schon Hildebrandt anführt, bedingen: eine De-

viation des Uterus, Erosionen des Collum, eine chronische Entzündung und Vergrösserung des linken Ovarium, endlich einen Blutzufluss zu den Geschlechtsorganen und in Folge dessen Eintritt der Regeln. Das Verschwinden des hintern Scheidengewölbes, die Faltenbildung der hintern Scheidenwand, welche das Collum uteri verdeckte und mit dem freien Rande fest dem Uteruskörper anlag, die Verkürzung des obern Theils der Scheide — alle diese Erscheinungen rechtfertigen die Voraussetzung, welche Sims vom letzten Akte der Begattung, der Samenentleerung, sich machte".

Vf. ist überzeugt, dass eine solche Striktur einen Penis captivus bewirken kann, und schlägt auf Grund seiner zufälligen Erfahrung als schnellste Hülfe hierfür vor, den Finger in das Rectum einzuführen, weil durch die Erschlaffung des Sphincter ani externus auch der Constrictor cunni und ein Theil des Levator ani erschlafft wird. [Zu dieser Arbeit vergleiche man den Aufsatz P. Budin's „Ueber physiologische und pathologische Contraktionen des Levator ani beim Weibe", Jahrbb. CXCII. p. 33. Ref.]

(Burckhardt, Bremen.)

482. **Beitrag zur Lehre von der operativen Behandlung des Haematoma periuterinum extraperitonaeale**; von Dr. J. Düvelius. (Arch. f. Gynäkol. XXIII. 1. p. 107. 1884.)

Zweifel hat sich in seinem Aufsatze: „Zur Behandlung der Blutergüsse hinter die Gebärmutter" gegen das von A. Martin mit grösster Reserve vorgeschlagene Verfahren des Angriffs dieser Beckenblutgeschwülste mittels der Laparotomie gewendet und angegeben, dass Martin's 3 Fälle tödtlich verlaufen seien, während er bei dem von ihm empfohlenen Verfahren der operativen Behandlung von der Scheide aus in 4 Fällen 3 günstige Resultate hatte. Nun ist aber von Martin's 3 Operirten eine genesen und über einen zweiten Erfolg machte A. Martin kürzlich (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII.) Mittheilung. Letztere ist Zweifel anscheinend entgangen, denn in der am Schluss der Ausführung angegebenen Literatur steht A. Martin's Name nicht angegeben.

Die Grundsätze, nach denen A. Martin bei den retrouterinen extraperitonäalen Hämatomen und intraperitonäalen Hämatocelen verfährt, lassen sich kurz in Folgendem zusammenfassen. „1) Hämatome und Hämatocelen, sofern sie als solche diagnosticirt werden, müssen exspektativ behandelt werden. 2) Verursachen Geschwülste im kleinen Becken, bei denen die Diagnose auf ein extraperitonäales Hämatom mit Sicherheit oder grosser Wahrscheinlichkeit gestellt werden kann, unmittelbare Lebensgefahren oder ein langwährendes, anderweitig nicht zu beseitigendes Siechthum, so soll bei ihnen ebenso wie bei den intraligamentaren Geschwülsten, Ovarialtumoren, Geschwülsten, die vom Uterus ausgehen und intraligamentar entwickelt sind, der *Laparotomie* der Vorzug vor der Operation von der Scheide aus gegeben werden."

D. ist in der Lage, den oben erwähnten, nach diesen Grundsätzen behandelten Fällen noch weitere vier anzuschliessen, die seit Anfang 1882 mit glücklichem Erfolge von A. Martin operirt worden sind. Aus den ausführlichen Krankengeschichten erwähnen wir nur, dass im 2. Falle die Geschwulst bei der Untersuchung platzte und erst am andern Tage die Laparotomie gemacht wurde; dass ferner im 4. Falle $1^1/_2$ J. früher die Laparotomie ausgeführt worden war wegen beiderseitiger Tubo-Ovarialerkrankung. Die Höhlen zeichneten sich stets durch Buchten und Kammern aus, die der Bauchhöhle zugekehrte Wandung war morsch und brüchig, so dass ein Nahtverschluss nicht möglich war. Der Verlauf in allen diesen 4 Fällen war ein überraschend günstiger, an Stelle der Geschwulst fand sich eine mässige Infiltration.

Die Frage, ob bei schwerem Collapsus in Folge von abdominaler Blutung nach Ruptur des Tumor unter gleichzeitiger Ergiessung eines nicht mit Sicherheit zu bestimmenden Tumoreninhaltes in das Abdomen, behufs Entfernung der Blutmassen, die Laparotomie ausgeführt werden soll, wenn die Hämorrhagie steht, lässt sich nicht strikte beantworten; die Antwort wird in verschiedenen Fällen verschieden ausfallen müssen. D. wirft die Frage auf, ob nicht bei intraabdominalen Hämorrhagien die Entfernung der ergossenen Blutmassen nach der Laparotomie von grösster Bedeutung ist, besonders wenn der Collapsus nicht bald abnimmt. Beim Erguss des Inhaltes eines Tumor in die Bauchhöhle ist namentlich die Art des Ergossenen von Bedeutung. Eiter, besonders aus Tubarsäcken nach vorangegangener gonorrhoischer Infektion, bedingt sehr heftige peritonitische Erscheinungen. Die stagnirenden veränderten Blutmassen werden je nach Art der Höhle, in der sie sich befinden, eine grössere oder geringere infektiöse Bedeutung haben, d. h. Blutmassen, die aus einem allseitig abgeschlossenen Hohlraume stammen, sind wahrscheinlich weniger zersetzt, als solche aus einem mit der Aussenwelt communicirenden Sacke.

A. Martin hat also bei extraperitonäalem Hämatom 8mal die Laparotomie ausgeführt, 6mal mit gutem Erfolge; eine Methode mit solchen Erfolgen hat ihre Existenzberechtigung nachgewiesen.

D. macht am Schlusse auf die Gefahren aufmerksam, die beim Angriffe der extraperitonäalen Hämatome von der Scheide aus vorkommen. Erfolgt eine Blutung aus einem Recessus der Geschwulsthöhle, so ist zur Stillung eine Ligatur unsicher und schwierig, die Tamponade des Sackes droht das morsche Dach, welches den Abschluss der Geschwulst nach der Bauchhöhle bildet, zu durchbrechen. Ferner lässt sich die Höhle nur mangelhaft von Blutgerinnseln reinigen, denn ein energisches Abkratzen gefährdet die Sackwandung.

Was die Methode der Operation anlangt, so sind Verwachsungen zwischen Geschwulst und Dünndarmschlingen, wenn auch hinderlich, doch kein absolutes Hinderniss für die Beendigung der Operation gewesen; sie werden nicht ganz gelöst, sondern man gelangt zwischen ihnen zum Tumor. Sehr wichtig ist die völlige Entfernung der Blutmassen aus der Höhle und die vorsichtigste exakteste Abschabung der Wandungen mit ihren Taschen.

Weitere Erfahrungen werden zeigen, ob die Laparotomie bei der operativen Behandlung der Beckenblutgeschwülste den Sieg davontragen wird über den Angriff derselben von der Scheide aus.

(Burckhardt, Bremen.)

483. **Chronische Herzkrankheiten und Puerperium**; von Dr. G. Wessner. (Inaug.-Diss. St. Gallen 1884 — Gynäkol. Centr.-Bl. VIII. 25. 1884. p. 390.)

Vf. kommt in seiner, die einschlägige Literatur sehr vollständig berücksichtigenden Arbeit zu einer Anzahl Schlüssen, aus denen wir folgende hervorheben.

1) Eine für die Schwangerschaft specifische physiologische Herzhypertrophie giebt es nicht; die Masse der Herzmuskulatur nimmt nur proportional mit der Körpermasse zu. — 2) Andere Gründe für eine solche giebt es nicht, oder sie sind nur von ganz geringer Bedeutung und dürfen nicht auf pathologische Verhältnisse übertragen werden. — 3) Die durch das zunehmende Körpergewicht bedingte Herzhypertrophie der Schwangern ist eine so geringe, dass sie nur bei schweren, bereits vorhandenen Herzfehlern in Betracht kommen kann. — 4) Die Ursache des ungünstigen Einflusses der Schwangerschaft auf Herzfehler liegt nicht sowohl in der durch erstere verlangten erhöhten Herzthätigkeit, dem hohen Stande des Zwerchfells und den durch den Geburtsakt plötzlich eintretenden Druckschwankungen, als vielmehr in den psychischen und physischen Anstrengungen bei dem Geburtsakte und deren Rückwirkung auf das Herz. — 5) Doch werden auch letztere in der Mehrzahl der Fälle ohne besondern Nachtheil überstanden, wenn nicht besonders schwere Herzaffektionen, bez. weitere Complikationen, vorhanden sind. — 6) Die maligne Endokarditis, welche sich vorzugsweise bei alten Herzleiden entwickelt, thut diess auch im Puerperium, und zwar meist auf dem Wege der Sepsis. — 7) Die Prognose stellt sich für Mutter und Kind wesentlich besser, als gewöhnlich angenommen wird. — 8) Die Therapie kann nur eine symptomatische sein; die Einleitung der Frühgeburt ist nicht erforderlich, nur, wenn nöthig, Beschleunigung des Geburtsaktes.

Bei Zusammenstellung von 77 in der in- und ausländischen Literatur verzeichneten Fällen, welche die Entbindung an einer Herzkrankheit leidender Frauen betreffen, hat Vf. gefunden, dass 42.9% an keinen oder geringen, 19.5% an heftigen Beschwerden litten, 37.6% aber starben. Dieser Procentsatz ist indessen nach Vf. unter Berücksichtigung anderweiter Complikationen wesentlich geringer anzunehmen. Vfs. eigenes Beobachtungsmaterial betrifft 25 herzkranke Frauen, welche in der Berner Klinik im Ganzen 95 Entbindungen überstanden haben. Bei 24 derselben zeigten sich keine oder nur unwesentliche Beschwerden, welche auf das Herz bezogen werden konnten. Der einzige Todesfall betraf eine 28jähr. Erstgebärende, welche an Mitralinsufficienz, doppelseitiger Pneumonie und in den letzten 2 Wochen vor der Entbindung an hochgradigem Oedem der untern Extremitäten gelitten hatte. Das Kind wurde todt geboren. Die Mutter starb an demselben Tage. Die Sektion bestätigte die Diagnose in Bezug auf Herz und Lungen; die Nieren zeigten nur Stauung. (Krug.)

484. **Blutung während der Entbindung** *in Folge von Zerreissung eines Septum im Gebärmutterhals;* von Prof. Anderson. (Hygiea XLVI. 3. Svenska läkaresällsk. förh. S. 22. 1884.)

Die 34 J. alte Schwangere war schon seit mehreren Jahren schwächlich gewesen, leicht ermüdet, hatte Schmerz im Kreuz und litt an dyspeptischen Symptomen. Seit Beginn der zur Zeit der Aufnahme (10. Oct. 1883) am Ende des 8. Mon. stehenden Schwangerschaft hatte sie sich sehr schlecht befunden und zeitweise an Erbrechen gelitten. Nach einer Anstrengung am 9. Oct. waren Wehen eingetreten. Der Kopf der lebenden Frucht konnte oben im Fundus gefühlt werden, ein anderer grosser Kindestheil oberhalb der Beckenöffnung. Die Wehen waren schwach. Ein sagittales Septum theilte die Vagina ihrer ganzen Länge nach in 2 Theile, nach unten zu war das Septum mehr fleischig und hatte eine Dicke von wenigstens $^3/_4$ cm, nach oben zu wurde es dünner und mehr häutig, ganz oben bildete es einen Strang von der Dicke eines Bleistifts und theilte den Muttermund in 2 Oeffnungen. Beide Vaginalhälften hatten gleiche Weite, 2 Finger konnten bequem eindringen. Das schlaffe Septum liess sich leicht nach beiden Seiten hin verdrängen. Die Cervix war fast platt, das linke Orificium für eine Fingerspitze knapp zugängig, das rechte fast geschlossen. Die Wehen nahmen an Stärke zu und eine anfangs geringe Blutung stellte sich ein, die indessen die Kreissende sehr schwächte, da sie immer stärker wurde. Nach einiger Zeit war die Cervix vollständig abgeplattet und der rechte Muttermund mehr zugängig. Beim Einführen eines Fingers in denselben riss das strangförmige Septum und der Muttermund, dessen beide Theile nun nicht mehr getrennt waren, liess genauere Untersuchung zu, die ergab, dass der vorliegende Kindestheil der Steiss war; ein vorliegender Theil der Placenta oder ein Septum im Cervikalkanal konnte dabei nicht entdeckt werden.

Da der Zustand der Kreissenden mittlerweile sich so verschlechtert hatte, dass eine Beschleunigung der Entbindung wünschenswerth erschien, wurden in das Septum in der Vagina u. auch in den Muttermund, der, obwohl ziemlich dünn, doch auch ziemlich resistent war, Einschnitte gemacht. Da das Septum bei der weiter fortschreitenden Geburt sich vor dem herabdrängenden Steiss spannte, wurde dieser nach links geführt, so dass er in die linke Hälfte der Vagina herabdringen musste. Bei Ausspülungen gingen immer Blutgerinnsel ab, aber im Vergleich zu dem vorher stattfindenden spontanen Abgang in geringerer Menge. Nach einigen Stunden sprangen die Häute und es ging stark mit Mekonium gemischtes Wasser ab. Da die Wehen an Stärke abnahmen und der Steiss nur langsam vorwärts rückte, wurde die Extraktion gemacht; der rechte Arm, der nach oben geschlagen war, wurde mit Leichtigkeit gelöst. Das Kind, das zu Beginn

der Entbindung noch gelebt hatte, war todt. Das Septum war in seiner ganzen Ausdehnung von der vordern Vaginalwand abgelöst, aber ohne Substanzverlust in derselben. Irgend bemerkenswerthe Blutung hatte dabei nicht stattgefunden. Nach 10 Min. ging die Placenta ab, die nach allen Anzeichen in der Gegend des Fundus uteri gesessen haben musste und an deren Uterinfläche sich keine Blutgerinnsel fanden. Nach vollendeter Entbindung zog sich der Uterus gut zusammen und das Befinden der Frau wurde besser.

Am 3. Tage nach der Entbindung trat ein Frostanfall mit Fieber auf, das aber noch an demselben Tage wieder abnahm. Sonst bot das Puerperium nichts Abnormes.

Bei der Entlassung (am 10. Tage nach der Entbindung) bildete das frühere Septum an der hintern Vaginalwand einen ungefähr 2 cm hohen weichen Kamm, der sich leicht nach beiden Seiten hin umlegen liess und dessen freier Rand überall glatt u. eben erschien. In der Mittellinie der vordern Vaginalwand und an der Vaginalportion fand sich nur eine glatte seichte Erhebung, welche die Insertionsstelle des Septum bezeichnete; als Fortsetzung derselben zeigte sich an der hintern Cervikalwand eine sagittale, ungefähr $^{1}/_{2}$ cm hohe Leiste, die so weich war, dass sie sich leicht nach beiden Seiten umlegen liess; dieser Erhebung entsprach an der vordern Cervikalwand eine seichte Furche. Sonst fand sich nichts Abnormes.

Dass die Blutung von der Zerreissung eines Septum im Uterus herrühren musste, ging schon aus dem Vorhandensein eines vollständigen Vaginalseptum hervor und wurde weiter durch den Befund an der Placenta bestätigt, nach dem eine vorzeitige Lösung derselben nicht anzunehmen war, sowie durch das Ergebniss der Untersuchung nach der Entbindung, bei der sich unzweideutige Spuren wenigstens eines Septum im Cervikalkanale fanden. Eine vollständige Durchschneidung des Septum in der Vagina, wodurch die Möglichkeit einer Verletzung der Vaginalwand bei der Zerreissung vermieden werden konnte, wurde unterlassen, weil es wünschenswerth war, bei dem bedenklichen Zustande der Gebärenden auch die geringste Blutung zu vermeiden und die Nachgiebigkeit des Septum im Verein mit dem Umstande, dass die Frucht nicht vollständig ausgetragen war, hoffen liess, dass eine Zerreissung gar nicht stattfinden würde. (Walter Berger.)

485. **Die Behandlung des Nabels des Neugebornen**; von Prof. C. Credé u. Dr. Rich. Ant. Weber. (Mittheil. aus d. geburtshülfl. Klinik in Leipzig. — Arch. f. Gynäkol. XXIII. 1. p. 65. 1884.)

Bei der Behandlung des Nabels des Neugebornen gilt es hauptsächlich, zwei Gefahren, welche das Kind bedrohen können, zu verhüten: 1) die Nachblutungen aus dem am Kinde gelassenen Nabelschnurreste, und 2) die Entzündungen des Nabels selbst mit ihren Folgen.

Schneidet man nach dem Aufhören des Nabelschnurpulses die Schnur durch, so erfolgt unter normalen Verhältnissen keine Blutung. Das Aufhören der Nabelschnurcirkulation ist demnach Folge der Lungenathmung, nicht der Unterbindung. Gleichwohl wird nach wie vor in allen geburtshülflichen Lehrbüchern vorgeschrieben, die Nabelschnur sicher und fest zu unterbinden, weil nicht selten bedenkliche Nachblutungen bei gar nicht oder ungenügend unterbundenen Nabelschnuren eintreten; namentlich gross ist die Gefahr der Blutung bei frühreifen und asphyktischen Kindern. Von den Doppelligaturen ist die placentare nur bei Zwillingsschwangerschaften, sonst nicht absolut nöthig. Sie ist aber insofern praktisch, als sich die noch mit ihrem Blute gefüllte Placenta leichter ablöst.

Nach Charpentier, welcher die Resultate, zu denen die einzelnen Autoren betreffs der Zeit der Abnabelung gekommen sind, zusammengestellt hat, warte man mit der Unterbindung unter normalen Verhältnissen 3—5 Min.; der Puls ist dann in der Regel schwächer geworden und das Kind hat einige Male kräftig geschrien. Nur bei apnoischen Kindern ist ein längeres Warten zu empfehlen.

Gewöhnlich wird mit einem *leinenen Bändchen* unterbunden. Bei Budin's Versuchen hiermit zeigte sich aber, dass bei einfacher Ligatur einer sulzreichen Schnur schon ein mässig starker Druck genügte, Wasser durch die Ligaturstelle hindurchzuspritzen. Ch. wollte, um diese Lockerung zu vermeiden, vor Anlegung der Ligatur die Sulze von der Unterbindungsstelle wegmassiren; aber auch das genügt nicht. Sänger empfahl starke *carbolisirte Seide* oder *Hanfbindfaden* als Unterbindungsmaterial. Aber auch die *Seidenligatur* ist nicht dauernd undurchgängig, ausserdem schneidet sie leicht durch.

Budin hat nun im J. 1880 zuerst für sehr sulzreiche Schnuren die Unterbindung mit *Kautschukschnürchen* vorgeschlagen. Seit dem Juli 1883 wurde in der Leipziger geburtshülfl. Klinik mit Kautschukbändchen, oder mit dünnen Kautschukdrainröhren unterbunden, und seit dieser Zeit ist nicht ein einziger Fall auch nur der geringsten Nachblutung vorgekommen. Mit dieser Thatsache stimmen auch angestellte Experimente; bei zweifacher Umschlingung des Bändchens war in keinem Falle, selbst nicht nach 24 und 36 Std., Wasser durch die Ligaturstelle zu treiben.

Für die Praxis ist demnach die einfache Ligatur mit Kautschukbändchen vollständig genügend, bei doppelter ist eine Nachblutung unmöglich. Einfach ist folgende Methode der Anlegung: „Ein etwa 20 cm langes, 2 mm dickes Kautschukbändchen oder entsprechend starkes Drainrohr wird mit seinen beiden Enden aneinander und auf die so entstandene einfache Schlinge die Nabelschnur gelegt; dann werden die beiden Enden durch die Schlinge so hindurchgesteckt, dass die Nabelschnur zwischen ihnen gefasst wird. Hierauf zieht man die Enden möglichst weit aus, führt sie in einander entgegengesetzter Richtung noch ein halbes Mal um den Nabelstrang herum, so dass sie sich an der entgegengesetzten Seite kreuzen, und knüpft daselbst einen gewöhnlichen festen Knoten. Die Kautschukenden werden dann kurz, etwa 2 cm lang, abgeschnitten." Die Anlegung ist noch leichter als eine einfache Umschlingung und empfiehlt sich als passendste, leichteste und sicherste Unterbindung.

Was die *Mumifikation* des Schnurrestes anlangt, so steht die Zeit der Vertrocknung im direkten Verhältniss zur Menge der Sulze und ist umgekehrt proportional der Temperatur, welche auf den Strangrest wirkt. Fäulniss tritt nur in ganz seltenen Fällen ein und dann fast nur bei frühreifen Kindern und schlechter Behandlung.

Meckel sagt in seiner einschlägigen Arbeit: „Während des Fruchtlebens hatte das Kind selten Veranlassungen zu entzündungsähnlichen, örtlichen Krankheiten; kaum jemals, mit seltenen Ausnahmen einzelner Fälle von Syphilis, Pocken u. dergleichen, bilden sich Eiterungen. Das Abfallen des Nabels bietet die erste bedeutende örtliche Gelegenheit hierzu und ist ein traumatisches Ereigniss, wie es kaum jemals im Leben von verhältnissmässig gleich grossartiger Bedeutung wieder vorkommt. Für das Neugeborne ist der Nabel in einer Zeit, wo es durch die grösstmögliche diätetische Veränderung aus dem Wasser zum Luftleben zur höchsten Reizbarkeit des Lebens gebracht wird, eben so wichtig als die bedeutendsten Veränderungen der Erwachsenen." Sehr gewöhnlich entstehe die zu starke Entzündung des Nabels schon vor dem Abfallen des Stranges. Die Behandlung des Neugebornen und die Theorie der Nabeleiterung sei demnach unvollkommen, wenn sie nicht auf den Nabelstrang vor dem Abfallen Rücksicht nimmt.

Der einfachste Verband, welcher diesen Anforderungen genügt, ist der beste, jede Vielthuerei ist unnütz, ja schädlich. In der Leipziger Klinik verfährt man, wie folgt: „Nachdem das Kind gebadet und gereinigt ist, wird der Nabelschnurrest einfach in etwas gewöhnliche entfettete Verbandwatte eingepackt u. mittels der Nabelbinde lose an der linken Bauchseite des Kindes befestigt. Nach jedem morgentlichen Bade wird die Watte erneuert. Auf die Vertrocknung der Nabelschnur hat das kurzdauernde Bad keinen schädlichen Einfluss, wenn nur der Strang hinterher wieder sorgfältig u. sanft getrocknet wird. Dieser Verband gestattet der Luft vollkommen freien Zutritt, die Mumifikation nimmt deshalb unter ihm ihren ganz normalen Verlauf." Nach erfolgter Abstossung wird die Verbandmethode beibehalten, bis die Ueberhäutung vollständig ist. Bei dieser Methode sind Nabelerkrankungen nicht vorgekommen.

Von den übrigen Nabelverbänden ist das Fehling'sche Verfahren, bei welchem der Nabelschnurrest, nachdem er mit Salicylamylumpulver bestreut ist, in ein Leinwandstückchen gepackt, mit einer Lage Salicylwatte bedeckt und durch die Nabelbinde befestigt wird, zu complicirt und für die zarte Haut zu reizend. Die Oel- oder Fettläppchenmethode des preuss. Hebammenbuches hindert die Eintrocknung. Dohrn's Occlusivverband endlich schiesst weit über das Ziel; abgesehen davon, dass er von Hebammen kaum ausgeführt werden kann, ist er ebenfalls der Vertrocknung hinderlich und schützt nicht gegen puerperale Infektion, denn bei einer Puerperalepidemie in der Leipziger Anstalt im Jahre 1879 war von 10 an Sepsis gestorbenen Kindern nur ein einziges vom Nabel aus inficirt, bei den übrigen hatte die Infektion wahrscheinlich vom Munde aus stattgefunden, es fanden sich gangränöse Aphthen. (Burckhardt, Bremen.)

486. **Permanentes Bad oder Couveuse?** von Dr. Anton Flöystrup. (Hosp.-Tidende 3. R. II. 14. 1884.)

F. beschreibt Winckel's Apparat zur Anwendung des permanenten warmen Bades bei Neugebornen und Tarnier's Couveuse und stellt eine Vergleichung des Werthes dieser beiden Apparate an, die nach ihm beide gleichen Werth besitzen, aber beide noch nicht hinlänglich geprüft sind, um ein endgültiges Urtheil über sie abzugeben. F. scheint es, als ob man diese beiden Methoden gar nicht als 2 Behandlungsweisen neben einander stellen könnte, welche dieselben Indikationen haben, sondern er glaubt, dass die eine Methode nicht an Stelle der andern gesetzt werden könne, jedenfalls nicht in allen Fällen.

Die Indikationen für das permanente Bad können nach den bisherigen Erfahrungen über die Wirkung desselben recht wohl aufgestellt werden, ohne dass man deshalb eine ausgedehntere Erfahrung über die Wirkung desselben bei kleinen Kindern braucht. Nach F. dürfte es Fälle geben, in denen die Couveuse von geringer Bedeutung ist, während sich das Bad besonders nützlich erweisen kann, namentlich bei verschiedenen Hautaffektionen, wohl auch in Fällen, in denen es auf eine kräftige Stimulation ankommt, z. B. beim Collapsus nach Diarrhöe, als Nachbehandlung der Asphyxia neonatorum. Dagegen glaubt F. nicht, dass die Badebehandlung Monate lang fortgesetzt werden kann bei einem zu früh gebornen oder bei einem atrophischen Kinde, während gerade bei diesen Fällen die Behandlung mit der Couveuse sich als äusserst vortheilhaft erwiesen hat; atrophische Kinder dürften wohl die grösste Zahl ausmachen, die in der betreffenden Weise zu behandeln sind. F. meint, dass die besten Resultate zu erhalten seien, wenn man streng zwischen denjenigen Zuständen unterscheidet, welche die Badebehandlung erfordern, und denjenigen, in welchen die Couveuse zweckdienlich ist.

Nach den bisher vorliegenden Erfahrungen dürfte die Couveuse indicirt sein für zu früh geborne Kinder und atrophische, das permanente Bad für Kinder mit Hautaffektionen, unzweifelhaft wird es sich nach F. auch herausstellen, dass derselbe Krankheitszustand während seines Verlaufes eine Abwechslung dieser beiden Methoden erfordern kann. Für atrophische, wie auch für zu früh geborne Kinder dürfte ein temporäres Einlegen in das Bad sicher dienlich sein, wenn man entweder ein stärkeres Stimulans braucht oder drohendem Decubitus vorbeugen oder schon bestehenden bekämpfen will.

(Walter Berger.)

V. Chirurgie, Ophthalmologie u. Otiatrik.

487. **Zur Casuistik der Abscesse.**

In einer klinischen Studie über Abscesse giebt J. Stuart Nairne (Glasgow med. Journ. XX. p. 267. Oct. 1883) zunächst eine tabellarische Uebersicht über 100 bedeutendere, von ihm während eines Decennium in der Privatpraxis behandelte Fälle von Abscessbildung, in denen er Alter, Sitz, Heilungs-Art und -Dauer, Geschlecht u. s. w. genau verfolgt hat.

Die Analyse der Fälle ergiebt zunächst, dass der grössere Theil der Erkrankten — 54% — dem *Lebensalter* von 1—20 J. angehört; davon kommen 21% auf das Alter bis 7 J., 23% vom 7. bis 14. J. und 10% vom 14. bis 21. Jahre. — Was den *Sitz* der Abscessse betrifft, so entfallen 30% auf Kopf und Hals, und zwar standen von den Erkrankten 5/6 im Alter bis zu 22 J. und nur 1/6 war älter; es liegt diess an dem häufigen Vorkommen von Drüsenabscessen in der Cervikal- und Submaxillargegend. Der Frequenz nach folgen dann die Mammaabscesse mit 8% und die der Analregion mit 9%; die übrigen Körperregionen weisen nur 2—3% auf. — Bezüglich des *Geschlechts* liess sich insofern ein Unterschied erkennen, als das weibliche Geschlecht höhere Zahlen aufweist für den Kopf (9 M., 21 W.), während an den untern Körperregionen von der Aftergegend an mehr männliche Individuen Abscesse aufweisen, und ebenso an der Hand. — Vollständig *geheilt*, d. h. mit fester Narbe aus der Behandlung entlassen, wurden 74% der Operirten, darunter 32 nach der 1., 20 nach der 2., 12 nach der 3. Woche. Acht starben: 1 mit Knochenerkrankung, 6 mit Drüsenaffektion, 1 mit Fistula ani. Unter den übrigen, *nicht* geheilten (18) lag 11mal gleichzeitig Caries eines Knochens, resp. Gelenks, 7mal scrofulöse Drüsenvereiterung vor. — Die Eltern der an bedeutenden Abscessen Erkrankten waren entweder phthisisch oder scrofulös.

Abscess und Striktur des Oesophagus beobachtete J. H. Voigt (Philad. med. and surg. Reporter XLVIII. Febr. 10. 1883) bei einer zarten, bleichen Frau, welche während der ersten Zeit ihrer einzigen Schwangerschaft an starkem Erbrechen gelitten hatte.

In einem solchen besonders heftigen Anfalle, gegen Ende des 4. Monats, fühlte sie plötzlich, dass Etwas dicht oberhalb des Magens „platze“; sie warf danach eine unbedeutende Menge Blut aus und vermochte bald nachher feste Nahrung nicht mehr zu schlucken, so dass sie bis zu ihrer Entbindung (20. April 1882) nur noch von Suppen sich ernähren konnte. Während der beiden folgenden Wochen besserte sich der Zustand etwas, dann aber traten die frühern Beschwerden wieder ein und gegen den 23. Nov. in solchem Grade, dass auch Flüssigkeiten, selbst Wasser, nicht mehr in den Magen gelangten. Eigentlicher Schmerz wurde nur bei direktem Druck gegen den Proc. xiphoid. empfunden.

Die Untersuchung ergab, dass eine gewöhnliche Schlundsonde leicht bis zu einem Punkte dicht oberhalb der Kardia eingeführt werden konnte. Hier zeigte sich aber ein fester Widerstand und zugleich wurde der Druck der Sonde schmerzhaft empfunden. Nach längern Versuchen gelang es endlich, einen Katheter Nr. 4 (engl.) durch die Striktur zu führen; nachdem derselbe 2 Min. gelegen, konnte Pat. etwa den dritten Theil eines Glases frischer Milch mit einem Ei und etwas Brandy schlucken, der Rest regurgitirte. Nachdem 9 Tage hindurch täglich 2mal Nr. 4 durchgeführt worden, gelang diess am 10. und 11. Tage nicht mehr; zugleich stellte sich Fieber mit schnellem, schwachem Pulse und borkig belegter Zunge ein und Pat. konnte nur äusserst geringe Mengen von Flüssigkeit schlucken. Indessen ging am 12. Tage Morgens wieder Nr. 1, am Abend Nr. 2 und am folgenden Morgen Katheter Nr. 4 durch, welcher beim Zurückziehen etwa bis zur Hälfte mit dünnem, jauchigem Eiter gefüllt war. Da demnach ausser der Striktur noch ein Oesophagealabscess vorlag, griff V. nunmehr zum stärksten Katheter, welchen er etwa bis zur Hälfte mit Jodoformvaseline anfüllte, die er etwa in der Höhe des Abscesses entleerte. Hierauf schwanden die Fiebererscheinungen und vom 5. Tage an zeigte sich in den Augen des Instruments kein Eiter mehr. Am 6. Morgen konnte eine dünne Schlundsonde bis in den Magen gebracht werden und von da an gelang die Einführung immer stärkerer Kaliber, bis am Ende der 4. Woche ein Bougie von 7/16 Zoll durchging; entsprechend hatte sich das Deglutitionsvermögen gebessert, so dass Pat. jetzt Alles ass. Nach einem Vierteljahre war wieder eine leichte Verengerung eingetreten; Pat. hatte bei fester Nahrung Schmerzen an der alten Stelle, das Gefühl, als ob der Bissen dort aufgehalten würde. Nachdem ein Bougie von 1/2 Zoll mehrere Tage lang Morgens und Abends durchgeführt worden war, schwanden diese Beschwerden und Pat., welche binnen 4 Mon. 26 Pfd. zugenommen hatte, wurde geheilt entlassen.

Zweifellos war durch den heftigen Brechakt ein Riss in der Schleimhaut des Oesophagus dicht oberhalb der Kardia entstanden, welcher bald, unter Bildung der Striktur, verheilte, gleichzeitig aber zur Entstehung eines Abscesses zwischen Mucosa und Muscularis Veranlassung gegeben hatte.

Im 1. Theile einer Abhandlung *über akute primäre Retrolaryngealabscesse* giebt Dr. Goix (Arch. gén. 7. Sér. X. [CL.] p. 426. Oct. 1882) eine Skizze der anatomischen Verhältnisse des Pharynx und Larynx und bezeichnet als retrolaryngealen Raum die zwischen dem cylindrischen Theil und dem von der Cart. thyreoid. nicht bedeckten Theil des Larynx gelegene Partie. Dieselbe besitzt ziemlich genau die Gestalt eines Keiles, dessen Basis nach hinten gerichtet ist, dessen Schneide dem Winkel der beiden Schildknorpel vorn entspricht; die äussere Wand bilden die Seitenplatten der Cart. thyreoidea, die innere zum Theil die Cart. cric. und arytaen., zum Theil die seitlichen Kehlkopfmuskeln (thyreo-aryt. und crico-arytaen.), sowie die Ligg. ary-epiglott.; nach unten wird der Raum abgegrenzt durch die Insertion des M. crico-thyreoid. an der Innenfläche des Schildknorpels und durch die Gelenkverbindung zwischen letzterem und dem Ringknorpel. In diesem Raum theilen sich der N. recurrens u. der N. laryngeus sup. in ihre Hauptzweige.

Das Bindegewebe des Spat. retro-laryng. steht mit dem der correspondirenden Seite sowohl, wie mit demjenigen der Regio glosso-epiglottica in direktem Zusammenhang, wird aber von dem der Reg. subglottica durch die genannten Muskeln getrennt. Wasserinjektionen bringen demnach neben dem künstlichen Oedem des Spat. retro-laryng. keine Anschwellung der Reg. subglott. hervor, wohl aber sofort der Reg. glosso-epiglott.; auffallend blieb bei

diesem Versuche das wiederholt constatirte Faktum, dass von einer Seite aus sehr schwierig ein bilaterales Oedem sich erzeugen liess. — Bei normalem Verhalten der Theile existirt das Spat. retrolaryng. fast nur virtuell; reell wird es eigentlich erst bei Anschwellungen, besonders Entzündungen, durch welche die Pharynxschleimhaut nach hinten gedrängt und der Sin. pyriformis mehr oder weniger verkleinert wird.

Dem 2. Theile, der Pathologie, schickt G. eine kurze literarische Uebersicht voraus, derzufolge er im Ganzen nur 8 Fälle primärer Retrolaryngealabscesse hat auffinden können [1]), während dieselben als sekundäres Leiden recht häufig sind. — Die akute primäre Phlegmone entwickelt sich sehr rasch; unter lebhaftem Schmerz, den der Kranke in die vordere Fläche des Kehlkopfs verlegt und welcher sich beim Schlucken wie bei der Compression der beiden Platten des Schildknorpels steigert. Das Sprechen ist mühsam, die Stimme belegt; meist kommt es sehr schnell zur Aphonie. Husten ist meist gering, Expektoration nur nach erfolgtem Durchbruch in das Larynx-Innere. Von Anfang an besteht lebhafte Dyspnöe, welche zu paroxysmenartigen Erstickungsanfällen sich steigern kann — der Kranke von Sayre erlag schon am ersten Tage in einem solchen Anfalle; häufiger treten dieselben indessen, dann aber oft mit erschreckender Intensität, am 2. oder 3. Tage auf. Neben der Dyspnöe fehlt niemals auch die Dysphagie: Lebhafte Schmerzen beim Schlucken, nicht nur durch den mechanischen Reiz des Bissens, sondern auch in Folge der Contraktion des Constrictor pharyng. inf., durch welche die Schildknorpelplatten genähert und so die entzündeten Partien comprimirt werden. Eine laryngoskopische Untersuchung ist bisher in keinem Falle gemacht worden. Bemerkenswerth ist — im Gegensatz zu den sekundären Abscessen — die von vornherein sehr starke Alteration des Allgemeinbefindens: Hohes Fieber, frequenter, kleiner Puls, lebhafte Aufregung, selbst Delirien. Die Abscessbildung tritt sehr bald ein; in einem Falle schon am 2. Tage; sie kennzeichnet sich entweder durch Oedem der äussern Haut oder durch die Expektoration eitriger Massen. Mit Ausnahme eines Falles (von Sal. Marino) hat die Affektion bis jetzt stets zum lethalen Ausgang geführt, und zwar in relativ sehr kurzer Zeit nach dem Beginn der Erkrankung, durch Asphyxie, in einem Erstickungsanfalle, meist ganz plötzlich. Die in 2 Fällen ausgeführte Tracheotomie (Fall Miller und Goix) hat das ungünstige Ende nicht verhindern können.

In auffallendem Contrast zu den Erscheinungen während des Lebens steht der *Leichenbefund.* Zuweilen fanden sich im Innern des Larynx, im Pharynx und an den Tonsillen gar keine Veränderungen und nur eine geringe Abplattung des Sin. pyriform. lenkte die Aufmerksamkeit auf den Retrolaryngealraum; zuweilen war allerdings die entzündliche Schwellung stärker ausgesprochen. Der Eiter ist entweder in den Maschen des Bindegewebes infiltrirt oder in kleinen, bald uni-, bald bilateralen Herden angesammelt; in letzterem Falle findet sich eine gelatinöse Infiltration des umgebenden Gewebes. Einmal wurde ein zweiter eitriger Herd im Spat. glosso-epiglott. beobachtet (Miller). Die Schleimhaut der benachbarten Partien ist meist nur etwas dunkler geröthet; nur Cruveilhier sah in einem Falle oberflächliche punktförmige Gangränescenz der Mucosa im Sinus pyriformis. — Die Stimmbänder sind stets intact gefunden worden.

Für die *Differentialdiagnose* können Spasmus glottidis, Fremdkörper, Polypen und Muskellähmungen kaum in Frage kommen. Schwieriger dagegen kann die Unterscheidung sein zwischen beginnender, tiefsitzender *Retropharyngealphlegmone, Croup* und *Perichondritis laryngea.* Gegen Verwechselung mit ersterer schützt das Auftreten des fixen Schmerzes bei Druck auf den Schildknorpel, die Veränderung der Stimme und das Persistiren des *Frottement thyro-vertébral.* Drückt man (am besten bei gebeugtem Kopfe) die Cart. thyreoid. unter seitlichen Bewegungen nach hinten, so fühlt man deutlich das Anstossen des hintern Randes gegen die Halswirbelsäule, als Zeichen der normalen Verschiebbarkeit des retropharyngealen Zellgewebes; es fehlt also bei dessen Entzündung. — *Phlegmonen an der vordern Halsfläche* markiren sich sehr bald als ausserhalb der Cart. thyreoid. liegend durch Röthung u. Schwellung, welche bei Retrolaryngealabscess immer fehlt; *Perichondritis laryngea* entwickelt sich, als sekundäres Leiden, immer chronisch und nur, wenn sie, wie in einem Falle von Ziemssen, primär und dann auch akut auftritt, dürfte eine Differentialdiagnose sehr schwierig sein, indessen hat diess dann für die Therapie keine Bedeutung. Beim *Croup* fehlt die Dysphagie, sowie der lebhafte Druckschmerz, ausserdem erleichtern hier oft die Membranauflagerungen im Pharynx die sofortige Unterscheidung. Die *Phlegmone subglottica* lässt gleichfalls die Schluckbeschwerden vermissen, dagegen kann die *Phlegm. thyreo-hyoidea,* wie sie nach Verbrennungen des Larynx in dem Raume zwischen Zungenbasis, Epiglottis und Membran. thyreo-hyoidea vorkommt, oft um so weniger von Retrolaryngealphlegmone unterschieden werden, als Oedem der erstern Partie bei letzterer vorkommt und umgekehrt. Das *Glottisödem* kann, als reines Symptom, sich zu jeder der ebengenannten Erkrankungen hinzugesellen u. muss in jedem Falle auf seine Ursache zurückgeführt werden; noch weniger differentiell-diagnostische Schwierigkeiten macht es als Folgeerscheinung des Morbus Brightii.

Die *Behandlung* muss in erster Linie die Resolution der phlegmonösen Entzündung anstreben. Unter den zu diesem Zwecke empfohlenen Mitteln — lokale und allgemeine Blutentziehung, Revulsiva, Merkurialpräparate und Tartarus stibiat. — hält G.

[1]) Dieselben sind ausführlich mitgetheilt in G.'s Thèse de doctorat. Paris 1882.

das letztere für am meisten wirksam in hohen Dosen (stündlich 20—30—40 cg), mit gleichzeitiger Applikation grosser Vesikantien. Schreitet die Entzündung fort, so darf mit der Tracheotomie nicht gezögert werden; aber auch dann muss — weil die bedrohlichen Erscheinungen, und zwar wohl durch die inflammatorische Irritation der zahlreichen, im Spat. retro-laryng. verlaufenden Nerven, sehr bald wieder sich einstellen (Goix' eigener Fall) — das Hauptbestreben auf die frühzeitige Entleerung des Eiters entweder vom Larynx aus oder durch die Laryngotomie gerichtet bleiben.

Ueber einen Fall von *Phlegmone in der vordern Blasengegend,* welche wahrscheinlich als Folge einer Perityphlitis auftrat und mit Entleerung des Eiters durch das Coecum endete, berichtet Dr. E. Pauzat (Gaz. de Par. 36. 1883).

Der 24jähr. Pat., welcher seit etwa 2 J. an habitueller Stuhlverstopfung litt, überstand im Juli u. August 1881 bereits eine anscheinend der jetzigen analoge Erkrankung: schmerzhafte Anschwellung in der Blasengegend, häufiger Harndrang und angeblich Eiterentleerung durch den Mastdarm. Nach einer Seefahrt, während welcher er 4 Tage lang sehr heftig an Seekrankheit gelitten und alsbald, während er sich bei völligem Wohlbefinden eingeschifft hatte, auch einen dumpfen, continuirlichen Schmerz im Unterleib empfunden hatte, landete Pat. am 2. Aug. 1882 in Sfax (Tunis). Da indessen der Appetit dabei nicht gestört war, nahm er am 8. Aug. eine sehr reichliche Mahlzeit zu sich; hierdurch, sowie durch das Gehen steigerten sich die Schmerzen derart, dass er das Bett hüten und am 18. Aug. ärztlichen Rath nachsuchen musste. Die rechte Fossa iliaca war jetzt angeschwollen und schmerzhaft und es wurde die Diagnose auf Perityphlitis gestellt.

Am 26. Aug. fand Pauzat dicht oberhalb der Symphyse genau in der Mittellinie eine Hervorwölbung, vom Schambein 8 cm nach oben reichend und etwa 13 cm breit, mit intakter Oberhaut. Bei der Palpation fühlte man deutlich die Contraktionen des Rect. abdom.; der Tumor wurde durch dieselben nach hinten gedrängt. Seine Consistenz war gleichmässig hart, mit kleinen Hervorwölbungen an einzelnen Stellen; nirgends Fluktuation. Nach unten zu schien sich der Tumor in das kleine Becken fortzusetzen. Von seinem rechten Rande aus war in der ganzen rechten Fossa iliaca eine tiefe, schmerzhafte Anschwellung bis zum Ursprung des Colon adscend. durchzufühlen. Urinausleerungen erfolgten 12—15mal täglich und waren schmerzfrei, der Urin normal. Die Prostata war nicht vergrössert, aber oberhalb derselben fühlte man vom Mastdarme aus eine die vordere Wand desselben stark vorwölbende Geschwulst von derselben Consistenz, wie die der äussern, in der Blasengegend gelegenen; auch machte es den Eindruck, als wenn eine der letztern durch kurzes Anschlagen mitgetheilte Erschütterung auch in der erstern fühlbar sei. Stuhlentleerungen jeden 2. Tag, breiig. Kein Fieber. — Ord.: Kataplasmen; Suppendiät. — Im Verlauf der nächsten Tage nahm die Anschwellung etwas zu, die Haut wurde roth, ödematös, Fluktuation stellte sich ein und, da kein Zweifel mehr an der Diagnose eines Abscesses bestehen konnte, so sollte am 1. Sept. die Incision von den Bauchdecken aus gemacht werden; Pat. bat indessen noch um Aufschub. Am folgenden Tage war die Anschwellung deutlich (in allen Dimensionen um etwa 1 cm) geringer, im Uebrigen keine Aenderung, vor Allem nicht in der Anschwellung an der vordern Mastdarmwand; kein Stuhl, 15mal Urin entleert, leichtes Fieber, wie in den Tagen vorher. Am 3. Sept. fand sich Emphysem (Crépitation gazeuse) oberhalb der Schambeinfuge und entlang dem rechten Rand der Anschwellung, welches unmerklich in das Gargouillement in der Fossa iliaca überging; die äussere Geschwulst und jetzt auch der prärectale Tumor hatten sich weiter etwas verkleinert; kein Stuhl. Derselbe erfolgte in der nächsten Nacht und bestand aus wenigen fäkulenten Massen mit einem „grossen Glase" voll graugelben, phlegmonösen, leicht fötiden Eiters. Emphysem über der ganzen Ausdehnung der Geschwulst in der Blasengegend. In den folgenden 3 Tagen wurde jedesmal mit dem Stuhl noch Eiter — im Ganzen etwa $^1/_4$ Liter — entleert. Die Anschwellung verkleinerte sich allmälig immer mehr und war am 26. Sept. in der Reg. praevesical. und Fossa iliaca nicht mehr, dagegen noch ziemlich deutlich oberhalb der Prostata an der vordern Mastdarmwand zu fühlen, ohne indessen irgend welche Beschwerden hervorzurufen.

In der Epikrise spricht sich P. dahin aus, dass Phlegmone und Abscessbildung in dem prävesikalen Gewebe von der Perityphlitis ausgegangen sei. Zwar seien die Erscheinungen der letztern nur sehr wenig intensiv gewesen, allein einmal könne eine gesteigerte Empfindlichkeit der betr. Partien in Folge der bereits überstandenen Erkrankung angenommen werden und dann sei weiterhin die Bauchwand kurz vorher durch die lebhafte Contraktion der Bauchmuskeln bei der Seekrankheit des Pat. ungewöhnlich gezerrt und insultirt worden. Dass am 2. Sept. ein Durchbruch des Abscesses in eine der benachbarten Körperhöhlen stattgefunden, zeigte zweifellos die Volumsverminderung der Anschwellung und, da Cavum peritonaei und Blase nicht in Frage kommen konnten, so handelte es sich nur um Coecum oder Rectum. Vf. entscheidet sich für ersteres, da nicht gleichzeitig auch die Anschwellung vor dem Rectum abgenommen hatte und weil das Emphysem allmälig und unmerklich in das Ileocökalgeräusch überging.

Nachstehende 2 Fälle von Abscess der *Fossa iliaca in Folge von Lymphadenitis* theilt Dr. Picqué (Gaz. de Par. 2. 1883) mit.

Der 1. Fall betrifft einen 44jähr. Tagelöhner, Potator, welcher bald nach einer vor ca. 2 Mon. erlittenen Quetschung der grossen Zehe eine schmerzhafte Anschwellung in der entsprechenden Leistengegend bemerkt und seit 14 Tagen das Bett gehütet, nachdem sich Fieber und Appetitmangel eingestellt hatten.

Bei der Aufnahme am 25. Juli 1882 fand man die Schenkel flektirt; in der Leiste eine von der Spina ant. sup. bis zur Symphyse sich erstreckende, beträchtliche Anschwellung, welche 2—3 cm breit, dem Lig. Poupart. entlang auf die vordere Bauchwand, und wesentlich weiter nach unten zu auf die vordere und äussere Fläche des Schenkels übergriff. In der Tiefe lagen in der Nähe der Art. iliaca ext. eine Anzahl indurirter, vergrösserter Drüsen. Bei gleichzeitigem Druck ober- und unterhalb der Anschwellung liess sich Fluktuation in der Fossa iliaca wahrnehmen. Bei der Eröffnung des Abscesses am 26. entleerte sich etwa $^1/_2$ Liter Eiter; Ausspülung mit $2^1/_2$proc. Carbolsäurelösung, Drainage. Das Fieber fiel sofort ab, stieg aber, ohne dass die Eiterung zugenommen und der Zustand der Wunde eine Erklärung dafür geboten hätte, vom 4. Aug. an wieder an; zugleich nahm der Urin eine ikterische Färbung an, die Leberdämpfung erstreckte sich bis 3 Querfinger breit unterhalb des Rippenrandes und es trat Oedem beider Füsse und Unterschenkel bis zum Knie auf. Ikterus und Oedem nahmen in den nächsten Tagen rasch zu, die Respiration wurde mühsam und Pat. starb am 8. August.

Autopsie. Bei Eröffnung der Bauchhöhle ergoss sich eine Menge von ca. 7—8 Liter seröser Flüssigkeit; das Peritonaeum parietale war durchweg intakt, die Därme erschienen leicht mit einander verklebt. Im kleinen Becken etwas dickere, seropurulente Flüssigkeit. Peritonäum im Bereich der Fossa iliaca verdickt und mit der Fascia iliaca fest verwachsen. Unter letzterer fand sich eine grosse Abscesshöhle, von welcher 2 Seitenhöhlen ausgingen, die eine unter der Art. iliaca ext. medianwärts, die andere zwischen Os sacrum und Psoas bis dicht an den Ursprung des letztern von der Lendenwirbelsäule. Knochen intakt. Rings um die Art. iliaca ext. eine Reihe vergrösserter Lymphdrüsen. Keine Venenthrombosen. — Fettige Degeneration der Nierenepithelien. Leber stark vergrössert, 2250 g schwer; Oberfläche granulös; deutliche Zeichen der Cirrhose mit vorgeschrittener fettiger Degeneration. Herz und Lungen gesund.

Die Todesursache ist zweifellos in den auf Abusus spirit. zurückzuführenden Veränderungen der Leber zu suchen, welche unter dem Einflusse der Eiterung und des Fiebers sehr viel schneller deletär wurden, als diess sonst wohl der Fall gewesen wäre.

Der 2. Fall kam bei einem 42jähr. Schriftsetzer zur Beobachtung, welcher vor etwa 1 Mon. eine ohne irgend welche Veranlassung entstandene unbedeutende Anschwellung einer Leistendrüse bemerkt hatte, welche allmälig auf die Umgebung übergriff.

Die Untersuchung am 15. Juli 1882 ergab eine diffuse, höckerige, von gerötheter Haut bedeckte Geschwulst, welche die ganze Leistenbeuge ausfüllte; undeutliche Fluktuation, besonders an den beiden seitlichen Partien; wallnussgrosses Drüsenpacket in nächster Nähe der Art. iliaca ext.; nirgendwo Schmerz auf Druck. Beiderseitiger Lungenspitzenkatarrh; hereditäre Belastung. Diagnose: „strumöser“ Bubo. Im Verlauf der nächsten Tage nahm die Anschwellung zu u. wurde leicht empfindlich. Bei der Incision am 25. Juli wurde eine beträchtliche Menge Eiter entleert. Vom 5. Aug. an Verband mit Jodoformstäbchen; Abnahme der Eiterung. Am 17. Aug. wurde oberhalb des Lig. Poupart. und diesem parallel eine neue Anschwellung constatirt, über welcher sich die Haut röthete und ödematös wurde; bald konnte in der Tiefe Fluktuation gefühlt werden und am 10. Sept. wurde dem Lig. Poup. entlang, 1 cm oberhalb desselben, eine Incision angelegt; die Gewebe waren sehr verdickt, hart, und man traf auf eine Masse erweichter Drüsen; wenig Eiter. Drainage zwischen der neuen und der zuerst gemachten Incision. Pat. konnte am 3. Oct. geheilt entlassen werden.

Dr. T. F. Chavasse (Lancet II. 26; Dec. 1883) dringt auf möglichst frühzeitige und ausgiebige Eröffnung der von *Wirbelcaries herrührenden Senkungsabscesse* (Psoasabscesse), unter streng antiseptischen Cautelen, und empfiehlt, gestützt auf den günstigen und relativ schnell erreichten Erfolg in mehreren, kurz referirten Fällen, die Incision *oberhalb der Crista oss. ilei*, selbst wenn der Abscess bereits bis zur Schenkelbeuge vorgedrungen ist. Der Einschnitt wurde in einem Falle vom lateralen Rande des M. sacro-lumbal. aus, in einer Ausdehnung von 4" [ca. 10 cm] dem obern Darmbeinkamme parallel geführt, und die verschiedenen Muskelschichten alsdann, wie bei der Colotomie, durchtrennt, bis der freie Rand des M. quadrat. lumbor. erreicht war. Nachdem unter Leitung des Fingers ein Einstich in die von dem Eiter ausgedehnte Psoasscheide gemacht worden war, wurde die Oeffnung mit einer Kornzange so weit dilatirt, dass zwei starke Drains eingeführt werden konnten.

Als Vortheile dieses Verfahrens hebt Ch. folgende Punkte hervor. Der Abscess wird an der tiefstgelegenen Stelle eröffnet; er drainirt sich, wenn Pat. die Rückenlage innehält, so zu sagen von selbst. — 2) Die Oeffnung liegt dem erkrankten Knochen möglichst nahe; der nach abwärts reichende Theil der Abscesshöhle (bis zum Schenkel hin), welcher oft 3—4" lang ist, schliesst sich in Folge dessen oft unmittelbar nach der Operation und hieraus resultirt eine wesentliche Verkleinerung der secernirenden Fläche. — 3) Da die Incision nicht in der Nähe der Anal- und Harnröhrenöffnung liegt, so ist die Gefahr septischer Infektion wesentlich geringer. — 4) Der antiseptische Verband kann leichter angelegt und leichter in seiner Lage erhalten werden, als bei einer Eröffnung in der Schenkelbeuge; ausserdem erreicht der Eiter nicht so leicht den Rand der Verbandstücke; es braucht also nicht so häufiger Verbandwechsel stattzufinden. — 5) Der Kranke selbst ist nicht im Stande, durch Manipulationen mit seinen Fingern eine Verschiebung oder Lockerung des Verbandes herbeizuführen.

Diesen Vortheilen gegenüber kann die grössere Schwierigkeit der Operation, sowie die Möglichkeit einer etwas stärkern Blutung bei Ausführung derselben nicht in Frage kommen; im einzelnen Falle wird vielleicht noch, zur bessern Drainage, die Gegenöffnung in der Schenkelbeuge rathsam sein.

Das von Chavasse empfohlene Verfahren wurde auch in folgendem Falle von *Lumbalabscess* angewendet, welcher in der Abtheilung von Thomas Smith im St. Bartholomew's Hospital zur Beobachtung kam (Med. Times and Gaz. Nov. 3. 1883. p. 514).

Der betr. Kr., 19 J. alt, früher stets gesund, war 3 W. vor der Aufnahme (16. Dec. 1882) mit Frost und Kopfschmerzen, sowie stechenden Schmerzen in der linken Lendengegend erkrankt, welche von da in das linke Bein ausstrahlten. Da ein Abscess diagnosticirt wurde, so wurde eine Incision gemacht, aber kein Eiter gefunden. Antiseptischer Verband. In den nächsten Tagen bald stärkere, bald geringere Schmerzen, abwechselnd im linken Bein und im Rücken, Fieber (bis 39.5° Abends); Urin reich an Uraten, aber frei von Eiweiss. Am 18. Jan. 1883 wurden mittels *Dieulafoy's* Adspirator ca. 30 g und am 23. nach Erweiterung der ersten Incision noch einige Unzen Eiter entleert. Zunächst trat eine gewisse Erleichterung ein, die Eiterabsonderung wurde dann aber wieder stärker — täglich mehrere Unzen —, das Fieber nahm zu, selbst bis 40°, obwohl am 27. Febr. nochmals eine Incision, nach unten von der frühern, gemacht worden war. Das Allgemeinbefinden verschlechterte sich immer mehr, und da offenbar der tiefe Abscess keinen genügenden Abfluss hatte, so wurde am 3. April unter Narkose dicht über der Crista ilei ein 4" langer, querer Einschnitt gemacht, welcher 2 Eiterherde frei legte; von hier aus in die Tiefe vordringend, fand Sm. eine 3. grosse Abscesshöhle unter dem M. sacro-lumbalis, welche so weit eröffnet wurde, dass sich leicht 2 Finger in dieselbe einführen liessen: die Seitenflächen der Lendenwirbel konnten von dort aus leicht befühlt werden, es

fand sich aber nirgends eine Spur von Knochenerkrankung. Nachdem in den letztern Abscess noch eine zweite Incision nach innen vom M. sacro-lumbal. gemacht worden war, wurde die grosse Wundhöhle mit Streifen eingeölten Lints ausgefüllt. Diese wurden während der ersten 8 Tage täglich erneuert, dann aber durch ein dickes Drainrohr ersetzt. Die anfangs sehr starke Eiterung liess allmälig nach; die Wunde war aber erst Ende September nahezu verheilt; Pat. konnte sich auf Krücken leicht fortbewegen.

Ein zweiter, ebenfalls in Smith's Abtheilung vorgekommener Fall von *Lumbarabscess* (l. c.) betrifft einen 23jähr. Bergmann, welcher vor 14 Mon. rücklings auf den Rand einer Tonne gefallen war, aber noch etwa 1 Mon. lang seine Arbeit fortgesetzt hatte, bis sich in der Lendengegend, neben der Wirbelsäule, eine Anschwellung bildete. Dieselbe, anfangs wallnussgross, dann langsam wachsend, wurde nach 3 Mon. incidirt und Eiter entleert. Nachdem Pat. eine Zeit lang ambulant behandelt worden war, trat er wegen der immer stärker werdenden Absonderung am 5. Juni 1883 in das Hospital. Ueber der Crista ilei fanden sich, auf der rechten Seite der Lendenwirbelsäule, zwei übereinanderliegende Abscessöffnungen, in welche eine Sonde etwa 2″ tief eindrang, rauher Knochen lag nirgends vor. Urin normal; Bewegungen des rechten Beins unbehindert. Am 12. Juni wurden die beiden Herde breit eröffnet; der eine communicirte mit einer Abscesshöhle unmittelbar über dem Querfortsatz von 1 oder 2 der mittlern Lendenwirbel. Drainage. Am 20. Aug. wurden nochmals mehrere Abscesse incidirt und nun machte die Heilung rasche Fortschritte: gegen Ende October bestanden nur noch oberflächliche, im Niveau der Haut liegende Granulationsstreifen. (Haehner.)

488. **Ueber die Beziehungen zwischen Perinephritis und Pyonephrose** *zu Hüftgelenksleiden;* von Dr. Jos. L. Bauer. (New York med. Record XXIV. Dec. 8. 1883.)

Vf. berichtet zunächst kurz über 2 Fälle, in welchen perinephritische Abscesse für periartikulare Abscesse des vereiterten Hüftgelenks gehalten worden waren.

1. *Fall.* Ein 9jähr. Knabe, seit einiger Zeit von mehreren Chirurgen wegen Beschwerden in der rechten Hüfte behandelt, stark fiebernd (40.0°), enorm abgemagert, klagte über beständigen, klopfenden Schmerz in der rechten Leistengegend. Der rechte Schenkel stand in starker Flexion und Adduktion; im Scarpa'schen Dreieck fand sich eine hühnereigrosse, undeutlich fluktuirende Geschwulst; Druck auf die Gegend des Hüftgelenks war sehr empfindlich und während der Nacht traten ausserdem heftige, in das Knie ausstrahlende Schmerzen auf. Nach völliger Streckung des Schenkels unter Narkose wurde mittels einer Incision eine Menge Eiter entleert; eine genauere Untersuchung (auch per rectum) ergab, dass das Hüftgelenk völlig frei war und dass auch keine Erkrankung des Acetabulum, resp. des Os ileum bestand. Als Pat. aus der Narkose erwachte, war er völlig schmerzfrei und der Schenkel konnte, ohne dass Schmerz eintrat, ausgiebig nach allen Richtungen hin bewegt werden. Der Schenkel blieb trotz starker Eiterung in seiner normalen Stellung. Pat. verfiel jedoch immer mehr und starb, nachdem er eine Zeit lang auch grössere Mengen Eiter mit dem Urin entleert hatte.

2. *Fall.* Eine 32jähr. Dame consultirte B. wegen eines angeblichen „fliegenden Rheumatismus. Sie klagte über beständigen Schmerz im Rücken, im Hüft- und Kniegelenk. Der hinkende Gang, sowie der Schmerz in der Hüfte legten die Diagnose einer beginnenden Coxitis nahe und dem entsprechend wurde auch die Behandlung eingeleitet. Der Schmerz hielt an und bald stellte sich auch eine starke Abduktion des Beines ein; Extension und Morphium linderten die Beschwerden. Gleichzeitig litt Pat. häufig an Urinretention, so dass öfter der Katheter applicirt werden musste. Eines Abends stellte sich ganz plötzlich ein heftiger Harndrang ein und es wurde spontan eine grosse Masse Eiter mit dem Urin entleert. Von diesem Augenblicke an war die Coxalgie verschwunden und die abnorme Stellung des Gliedes beseitigt. Nachträglich gab Pat. an, dass sie bereits früher an Urinbeschwerden gelitten habe; es fand sich bei genauerer Untersuchung jetzt auch in der rechten Lumbalgegend Fluktuation in der Tiefe; aber keine äusserlich hervortretende Anschwellung. Pat. entzog sich der weitern Beobachtung.

Vf. macht darauf aufmerksam, dass in Folge der unmittelbaren Nähe der Ursprungsstelle des M. psoas in der Gegend der Nierenkapsel ein Durchbruch perinephritischer Abscesse in die Scheide des gen. Muskels eben so leicht vorkommen könne. Dass durch einen solchen Durchbruch Symptome hervorgerufen werden, welche täuschend ähnlich denen einer Coxitis sein können, erklärt Vf. durch den constanten Druck des Abscesses auf die benachbarten Gewebe und besonders auf die Nerven des Plexus lumbalis und sacralis. Dieser Druck verursacht sowohl die in das Bein ausstrahlenden Schmerzen, wie auch die Contraktion der Hüft- und Schenkelmuskeln, und andererseits erklärt sich hierdurch das sofortige Aufhören dieser letztern Symptome nach Entleerung des Eiters. Am schwierigsten ist die Differentialdiagnose im Beginn des Leidens. Neben einer genauen Untersuchung der Nierengegend, sowie des Urins und einer eingehenden Anamnese bezüglich etwaiger Abnormitäten in dem Verhalten des Urins, seiner Entleerung u. s. w. lässt sich hier sehr gut die Chloroformnarkose verwerthen: bei Coxitis werden durch dieselbe weder Schmerz noch Muskelcontraktionen beseitigt, wohl aber bei Durchbruch des perinephrit. Abscesses in die Psoasscheide, und das Gleiche gilt von der Entleerung des Eiters, welche bei perinephrit. Abscessen sofort nach dieser Richtung hin Erleichterung schafft, während Fistelbildung bei eitriger Coxitis gar keine Aenderung in den Stellungsanomalien und in dem Schmerz zur Folge hat. (Haehner.)

489. **Fall von Osteitis deformans**; aus dem St. George's Hospital mitgetheilt von Davies (Lancet II. 26; Dec. 1883.)

Die betr. Pat., 67 J. alt, stammte aus einer Familie, in welcher constitutionelle Krankheiten nicht vorgekommen waren; beide Eltern erfreuten sich bis kurz vor dem Tode einer grossen körperlichen Rüstigkeit, nur erinnerte sich Pat., dass ihr Vater, welcher im Alter von 62 Jahren starb, einige Jahre vor seinem Tode an einer ähnlichen Verbiegung der Beine, wie sie jetzt, gelitten habe. Sie selbst hat nie Rhachitis gehabt und stets in guten äussern Verhältnissen gelebt, ist aber nie besonders kräftig gewesen. Wochenbetten hat sie nicht durchgemacht, nur einmal, im Alter von 48 J., einen Abortus. Schon als junges Mädchen litt sie an Schmerzen in den Beinen, welche damals auf das Wachsen bezogen wurden; seitdem aber ihr ganzes Leben hindurch bald mehr, bald weniger heftig fortdauerten und in den letzten Jahren bedeutend sich verschlimmerten.

Vor ungefähr 15 J. fiel der Kr. zuerst eine gewisse Anschwellung der Kniee auf, sie konnte dieselben bei Rückenlage nicht mehr zusammenbringen und ausserdem

ermüdete sie leicht bei körperlicher Anstrengung. Bald nachher bemerkte sie eine ganz allmälige Auswärts- und Vorwärtsbiegung der Beine und vor etwa 7 J. begann sie leicht gebeugt zu gehen. Seit 4 J. nahm die Verbiegung der Schenkel und der Wirbelsäule, die bis dahin nur äusserst langsame Fortschritte gemacht hatte, rapid zu, so dass sie ohne Stock nicht mehr gehen konnte und beim Niedersetzen mehr in den Stuhl herunterfiel. In den letzten Tagen schien ihr der Schädel etwas stärker geworden zu sein. Während sie früher sehr zart gewesen sei, habe sie mit dem Fortschreiten der Krankheit die einzelnen Knochen nicht mehr so gut durch die Haut durchfühlen können; Schmerzen seien beständig dagewesen, besonders bei warmem, feuchtem Wetter. Die Zähne hat die Kr. sämmtlich im Alter von 15—20 J. an Caries verloren. Appetit und Verdauung seien immer gut gewesen; in der letzten Zeit habe sie eine stärkere Urinabsonderung bemerkt.

Bei der Aufnahme der gesund aussehenden Frau hatte die Haltung etwas Gorilla-Artiges. Sie vermochte ziemlich fest zu stehen und mit Hülfe eines Stockes auch zu gehen. Die Wirbelsäule bildete mit dem Oberschenkel einen Winkel von etwa 135°, wodurch die abwärts hängenden Arme unnatürlich lang erschienen: die Fingerspitzen reichten noch etwa 1″ unterhalb der Patella. Der Kopf schien für den Körper viel zu gross, unmittelbar auf den Schultern aufsitzend, dabei nach vorn gestreckt, der Hals so kurz, dass das Kinn in einer Höhe mit dem obern Rande des Sternum stand. Eine genaue Schätzung der Abnahme der Körpergrösse war nicht möglich, da das frühere Maass fehlte; sie mochte vielleicht 1 Fuss (ca. 30 cm) betragen. Die Arterien schienen rigid u. atheromatös zu sein. Von den Knochen waren Tibia und Fibula beiderseits, rechts mehr als links, nach aussen und vorn verbogen und dabei gleichmässig verdickt, u. zwar hauptsächlich im Bereich der Diaphysen, während die Gelenkenden ungefähr ihre normale Grösse behalten hatten. Die Ränder der Knochen hatten ihre natürliche scharfe Kante verloren, sie erschienen abgerundet und glatt, und ebenso war die Oberfläche glatt, ohne Knotenbildung. Die Verbiegung war eine gleichmässige, nirgends bestand eine plötzliche Abknickung, wie bei Rhachitis. Die Femora waren in dem gleichen Zustand, wie die Unterschenkelknochen, nur noch mehr verbogen, und zwar hauptsächlich nach aussen, weniger nach vorn; die sämmtlichen Knochen schienen dabei länger zu sein, als normal. Der Trochanter major liess sich kaum von dem verdickten Femurschaft abgrenzen; er lag etwas nach rückwärts und ungefähr 1″ (ca. 25 mm) unterhalb einer durch beide Spinae anter. super. gezogenen Linie. Die Patella war normal. Die Ossa ileum waren abgeflacht, sehr verdickt; die beiden Spinae ant. sup. standen weit auseinander: ihre Distanz betrug $14^1/_2$″ (ca. 35 cm). Die beiden Schambeine schienen nicht verändert zu sein. Der Thorax war kurz und eng und ging nach unten in ein breites, kurzes Abdomen über, so dass dieser Theil des Rumpfes grosse Aehnlichkeit mit der Form eines Violoncellos hatte. Die Rippen hatten ihre natürliche Curvatur verloren und zeigten an deren Stelle vorn und besonders hinten 2 scharf markirte Winkel, so dass der Thorax dadurch im Querdurchmesser mehr eine rechtwinklige Form erhalten hatte; die Rippenknorpel waren einwärts gebogen, das Brustbein lag in einer deutlichen Aushöhlung. Die letzte Rippe war 2 Finger breit vom Darmbeinkamme entfernt; die Athmung ausschliesslich abdominal. Die verlängerten Schlüsselbeine zeigten eine stärker ausgeprägte Krümmung, sowie flache Schulterenden. Die Schulterblätter erschienen besonders am äussern Rande verdickt, die Spinae stark hervorragend. Die Oberarmknochen waren anscheinend stark verlängert, der rechte mehr, als der linke, aber nicht verdickt; es bestand fibröse rechtseitige Schultergelenkankylose. Radius und Ulna, letztere etwas mehr, waren leicht nach rückwärts gekrümmt, ihre Kanten abgerundet, aber weniger, als an den Unterschenkelknochen. Besonders auffallend war die Form des Schädels: schwerer, überhängender Vorderkopf und eingesunkenes Gesicht, welches im Verhältniss zum Schädel viel zu klein erschien. An der Oberfläche der Schädelknochen, besonders am rechten Scheitelbein und der linken Hälfte des Hinterhauptbeins, befanden sich mehrere niedrige, glatte Höcker. Die Gesichtsknochen waren anscheinend unverändert, die Wirbelsäule war stark gekrümmt mit leichter Lordose nach links; ihre Beweglichkeit sehr beschränkt.

Pat. klagte über allgemeine, aber nicht besonders heftige und auch nicht constante Schmerzen in allen Körperknochen. — Der *Urin* wurde während einer 2monatl. Beobachtungsperiode sehr häufig untersucht, aber niemals etwas Abnormes, besonders keine Vermehrung des Harnstoffs oder der erdigen Bestandtheile gefunden; die durchschnittliche Menge innerhalb 24 Std. betrug 1500 Cubikcentimeter. (Haehner.)

490. **Zur Behandlung des eingewachsenen Grosszehennagels**; von Dr. Schlegtendal. (Deutsche med. Wchnschr. XI. 41. 1884.)

Im Anschluss an das über das fragl. Leiden in diesem Bande der Jahrbb. p. 153 gegebene Referat theilen wir die von Vf. geübte Methode — und zwar des bessern Verständnisses halber — wörtlich mit.

„Nach alter Vorschrift schneide ich den Nagel so, dass der vordere Rand an der Seite des Leidens vorspringt und von dort nach der andern Seite möglichst weit zurückweicht. Indem ich nun unter die vorspringende Nagelspitze ein kleines Wattebäuschchen lege und dasselbe sanft, aber nachdrücklich, so weit es geht, nach hinten unter den Nagel vordränge, elevire ich denselben und beraube ihn einer grossen Anzahl Punkte, an denen er beim Auftreten einschneidend und schmerzerregend mit dem Nagelbett in Contakt treten könnte. Ich bereite mir dann abermals aus einer Watteflocke ein Bäuschchen, das durch Rollen zwischen den Fingern ungefähr die Gestalt einer Wurst erhält und von 1.5—2 cm Länge und 3—5 mm Dicke. Wenn ich nun mit den Fingern den Wulst an dem lateralen Nagelfalz langsam, aber stetig nach aussen und unten niederpresse (die normale Gestalt anstrebend) und hierauf das Wattebäuschchen vom Dach des Nagels herab fest in derselben Richtung nachschiebe, so dass letzteres nunmehr an Lage und Form gewissermaassen dem weggedrückten Wulste entspricht, so nehme ich einen Heftpflasterstreifen (etwa 2 zu 20 cm), lege dessen Anfang auf die gesunde Nagelseite auf und führe ihn dann mehrere Male um den Zeh herum, wobei ich nur darauf sehe, dass die Watte nicht verrückt wird, sondern den Wulst sicher nach unten (plantarwärts) festhält. Nach 8—14 Tagen pflegt sich das Heftpflaster zu lockern und es muss alsdann der Verband erneuert werden.“

Nach Vf. wird durch dieses vielfach erprobte Verfahren, welches die Pat. bald selbst auszuüben lernen, der Schmerz momentan beseitigt und das Leiden selbst, von je jüngerem Datum es ist, um so schneller gehoben. Namentlich soll dasselbe bei blut- und messerscheuen Kr. empfehlenswerth sein. (P. Wagner.)

491. **Ueber die Anwendung des Opium in der Chirurgie**; von Georg Pollock. (Brit. med. Journ. April 24. 1884.)

Vf., seit einer langen Reihe von Jahren consultirender Chirurg am St. George's Hospital zu London, ist nach seiner reichen Erfahrung zu der Ueberzeugung gekommen, dass das Opium ausser den bekannten, noch andere für die chirurgische Praxis sehr werthvolle Eigenschaften besitzt. Es kommen

nämlich noch hinzu die günstigen tonisirenden Wirkungen des Opium bei Ulcerationen und Verschorfungen, sowie namentlich die beruhigenden und bez. sogar direkt heilenden Wirkungen, welche das Opium bei *Gangrän und Mortifikation der Extremitäten* auf das Nervensystem ausübt.

In diesen letztern Fällen erhält das Opium das Leben der Pat. nicht selten so lange, bis ein operativer Eingriff Rettung bringt. Es ist hierbei gleich, ob die Gangrän eine Folge von Ulcerationen oder von Arterienatheromatose ist, oder ob es sich endlich um reinen Altersbrand handelt. In den Fällen der ersten Kategorie thut ausser dem innerlichen Gebrauch von Opium auch die lokale Anwendung dieses Mittels meist vortreffliche Dienste: die Geschwürsfläche reinigt sich, die Granulationen werden kräftiger, es beginnt eine Epithelumsäumung. Auch beim phagedänischen Brande sah Vf. günstige Wirkungen von dem internen Gebrauche von Opium. Letztere blieben dagegen vollkommen aus oder traten nur in sehr geringem Grade ein bei sich ausbreitender traumatischer Gangrän, bei diabetischem und embolischem Brande. Namentlich bei dem Phagedänismus, auch wenn derselbe auf syphilitischer Grundlage beruht, sah Vf. nur von der innerlichen Verabreichung des Opium sehr vorzügliche Wirkung. Endlich sind die Erfolge des Opium vorzüglich in den hier und da, namentlich bei armen, verwahrlosten Kindern vorkommenden Fällen von Verschwärung innerhalb der Mundhöhle.

Vf. erwähnt sodann die Vortheile, welche das Opium nach Bruchoperationen, nach Verletzungen der Baucheingeweide, sowie bei Bauchfellentzündungen bietet, und weist schlüsslich noch auf den Nutzen des andauernden Opiumgebrauchs bei unheilbaren, schmerzhaften Krankheiten, also namentlich bei Krebsleiden, hin, wobei er jedoch nicht unterlässt, auf das bekannte Vorkommen einer Idiosynkrasie gegen Opium hinzuweisen. (P. Wagner.)

492. **Ueber den zeitigen Gebrauch von Antimon in chirurgischen Fällen**; von Dr. Henry Payne. (Brit. med. Journ. May 31. 1884.)

Auf Grund der bekannten Wirkung der Antimonpräparate — den Blutdruck herabzusetzen, mithin die bei Entzündungsprocessen vorhandene congestive Hyperämie zu bekämpfen — hat Vf. in mehreren Fällen, wo nach *Knochenfrakturen* Entzündungen innerer Organe drohten, mit sehr gutem Erfolge das *Vinum stibiatum* prophylaktisch verabreicht.

1) 30jähr. Arbeiter: Fraktur der 5.—7. Rippe auf der linken Seite. Hautemphysem ausgebreitet über Brust, Nacken und Leib; 2 Tage nach der Aufnahme schwere Hämoptyse, welche 6 Tage lang andauerte. Milchdiät, 4stündlich 15 Tropfen Vin. stibiatum. Nach 5 Wochen Genesung.

2) 15jähr. Junge: Fraktur der 4.—6. Rippe linkerseits. Hautemphysem des Brustkorbes; Hämoptyse: 4stündlich 7 Tropfen Vin. stib. und 10 Tr. Opiumtinktur. Nach 14 T. Genesung, ohne dass je entzündliche Symptome eingetreten wären.

3) 39jähr. Steinkohlengräber: doppelte Beckenfraktur und Comminutivfraktur beider Oberschenkel. 4stündl. je 10 Tr. Vin. stib. und Opiumtinktur. Nach 14 Wochen Entlassung.

Vf. glaubt durch die beschriebene Medikation [wie lange dieselbe eingehalten wurde, ist nicht angegeben] die Entwicklung einer entzündlichen fieberhaften Reaktion verhütet, die Reconvalescenz beschleunigt zu haben. Bei 2 andern Fällen von Beckenfraktur, wo Vf. diese Behandlung erst einleitete, nachdem bereits peritonitische Symptome eingetreten waren, konnte er den lethalen Ausgang nicht verhindern. Die gleichzeitige Darreichung von Opium soll die Schmerzen lindern und einen beruhigenden Einfluss auf das Respirationscentrum, sowie auf die peristaltische Darmbewegung ausüben.

(P. Wagner.)

493. **Fall von prälacrymaler Oelcyste**; von E. Albert in Wien. (Wien. med. Blätter V. 51. 1882.)

Vf. fand bei einer 30jähr. Frau vor dem rechten Thränensack eine bohnengrosse, congenitale Geschwulst von der Consistenz der kleinen Dermoidcysten, welche in der Umgebung der Augenbrauen vorkommen. Das Vorhandensein einer solchen annehmend, versuchte Vf. die Exstirpation derselben ohne Eröffnung des Sackes; als die Schichten aber bis auf letztern durchtrennt waren, lag nicht der vermuthete dicke, gelblich-weisse Balg vor, sondern eine dünne, graublau durchscheinende Membran, nach deren Spaltung ein gelbliches, lichtbrechendes Oel ausfloss, während gleichzeitig einige Härchen zum Vorschein kamen. Unter dem Mikroskop zeigten die Schnitte aus der Cystenwand ausser Fragmenten von quergestreiften Muskelfasern einen dicken Balg aus welligem Bindegewebe und auf demselben eine starke Schicht Epidermiszellen; die Papillenbildung des Bindegewebes war überall noch erhalten, die Papillarkörper erschienen aber unregelmässig, abgeflacht und verbreitert; das Epidermiszellenlager setzte sich scharf gegen das Bindegewebe ab und bestand aus ziemlich kleinen, nicht verhornten Epidermiszellen, welche sämmtlich stark verfettet waren; Drüsen waren nicht vorhanden, dagegen ausser abgebrochnen Haarstückchen an einzelnen Stellen Haarbälge — ebenfalls ohne Haarbalgdrüsen — mit einem nach oben dringenden, in der Höhe der innern Oberfläche abgebrochnen Haar. Der Inhalt der Cyste bestand, wie in einem vom Vf. schon 1870 operirten Falle, aus einer dem Glycerin an Farbe, Consistenz u. sonstigem Aussehen ähnlichen Flüssigkeit, welche auf dem Papier fette Flecke zurückliess, auf dem Wasser in Tropfen schwamm und in Aether sich löste. — Analoge Fälle haben Verneuil und Le Dentu bereits früher beobachtet und in der Pariser Société de chirurgie mitgetheilt.

(Geissler.)

494. **Ueber spontane Ekchymosen der Lider**; von Dr. Dujardin-Beaumetz. (Bull. de Thér. LII. 3. p. 117. Août 15. 1882.)

Vf. hat die genannte Affektion bei einem 43jähr. Heizer beobachtet, dessen Gesicht continuirlich einer intensiven Wärme ausgesetzt ist; seit mehreren Jahren entwickelt sich bald am rechten, bald am linken Auge, aber stets nur am *untern* Lide, eine Ekchymose, welche binnen wenigen Stunden auftritt, einer durch Schlag entstandenen Sugillation ganz ähnlich sieht und wie eine solche nach einigen Tagen verschwindet. Diese Erscheinung soll sich seit 1874 4—5mal jährlich wiederholen. Sie bleibt aus, wenn Pat. an frischer Luft arbeitet. (Geissler.)

495. **Zur Casuistik der Geschwülste der Bindehaut.**

Folgenden Fall von *Cystenbildung* in der Bindehaut theilt Dr. F. Makrocki aus der Jany'schen Augenklinik in Breslau mit (Klin. Mon.-Bl. f. Ahkde. XXI. p. 466. Nov. 1883).

Bei einem 12jähr. Knaben, dessen rechtes Auge durch eine Verletzung vor mehreren Jahren phthisisch geworden war, fand sich am linken Auge eine blassröthliche, ovale, anscheinend prall gefüllte Blase. Dieselbe nahm die innere Hälfte der Uebergangsfalte des obern Lides ein und schnitt scharf an dem obern Rande des Lidknorpels ab, während sich ihre Ausdehnung nach der Orbita zu nicht abmessen liess. Die Blase hing über den Bulbus herab und verdeckte die Hornhaut. Nach Einlegen einer Fadenschlinge wurde die vordere Cystenwand abgetragen, der Inhalt war wasserhell. Auf dem Grunde der Blase wurde eine rauhe, leicht blutende, granulirende Fläche sichtbar. Diese Wundfläche wurde sofort und in den nächsten Tagen mit Jodoformsalbe bestrichen. Die Uebernarbung erfolgte in den nächsten Tagen. Die abgetragene Cystenwand bestand aus sehr feinem Bindegewebe mit einschichtiger Epitheldecke.

M. nimmt an, dass eine ektasirte Lymphspalte vorhanden war. Die Verletzung, welche das rechte Auge zerstörte, war wahrscheinlich die Ursache der Bildung. Nach Angabe der Mutter war nach einer Verletzung des Auges durch einen Schneeball später Wasser ausgelaufen und eine Haut hatte herausgehangen, diese sei aber am nächsten Morgen wieder verschwunden. Die geplatzte Cystenwand hatte sich demnach wieder geschlossen und der Inhalt sich wieder angesammelt.

Ferner berichtet Makrocki (a. a. O. p. 329. Aug.) über 3 Fälle von *Cysticercus cellulosae* der Bindehaut.

1) 3jähr. Knabe mit bohnengrosser Geschwulst in der untern Umbiegungsfalte des rechten Auges. Die Bindehaut wurde in einer Falte gefasst, diese abgetragen und dann der Balg herausgeschält. Die platt zusammengedrückte Cysticercusblase hatte 4 Saugnäpfe und einen Hakenkranz mit etwa 18 Haken.

2) Knabe von 4½ J., dessen rechtes Auge seit 8 T. eine Entzündung gezeigt hatte. Die Cyste lag ebenfalls in der untern Uebergangsfalte, war bohnengross und hatte eine gelbliche Farbe, so dass man sie zunächst für einen Abscess hielt. Bei der Incision zeigte sich die Blase von 1 cm im horizontalen u. ½ cm im vertikalen Durchmesser. Die 4 Saugnäpfe und die 23 Haken waren sehr deutlich ausgeprägt.

3) Mädchen von 3 Jahren. Man hatte vor 4—5 Mon. an der innern Seite des rechten Auges einen rothen Fleck bemerkt, an dessen Stelle später eine kleine Blase erschien. Dieselbe hatte sich jetzt fast zur Haselnussgrösse entwickelt und befand sich unter der Bulbusbindehaut dicht an der Plica semilunaris. Eine linsengrosse, opak weiss durchschimmernde Stelle kennzeichnete die Geschwulst als Cysticercus. Bei der Herausschälung wurde die Blasenwand zerstört. Der wohl ausgebildete Kopf zeigte 4 Saugnäpfe und 29 Haken.

Als Beitrag zur Kenntniss der subconjunctivalen serösen Cysten theilt Charles S. Bull (Amer. Journ. of the med. Sc. N. S. CXLIX. Jan. 1878. p. 85) 5 eigene Beobachtungen mit, von denen 3 Kinder, 2 Erwachsene betreffen. Im 1. Falle befand sich die Cyste am äussern Augenwinkel, schien mit dem obern und äussern Orbitalrand verwachsen und liess sich nach der Tiefe der Augenhöhle zurückdrücken, eine besondere Wand liess sich nicht nachweisen und dem Ausschneiden eines Stückes folgte etwas stärkere Reaktion. Im 2. Falle drängte die Cyste den untern Bindehautsack und das untere Lid nach vorn, sie sollte schon von Geburt an bestanden haben, eine Ausschälung derselben gelang ebenfalls nicht, da die dünne Decke einriss und die wasserhelle Flüssigkeit sich entleerte. Im 3. bis 5. Falle sassen die „Cysten" im innern Winkel: einmal vor dem Thränensack gelegen, die Gegend des Ligam. intern. nach vorn, die Thränencarunkel nach oben drängend, liess sich dieselbe mit vieler Mühe herausschälen und enthielt eine eiweissähnliche Flüssigkeit und Cholestearinkrystalle; in den beiden letzten Fällen hatte die Cyste in der Carunkel selbst ihren Sitz, nach dem Aufschlitzen und Aetzen der Höhle trat Heilung ein.

Ein Fall von *Epitheliom der Bindehaut mit Uebergang auf die Hornhaut* kam nach Virgile Caudron und Duboys de Lavigerie in der Klinik von Meyer zur Beobachtung (Gaz. des Hôp. 32. 1881).

Bei einem 76jähr. Manne hatte sich, angeblich seit 3 J., vom Conjunctivallimbus am äussern Hornhautrande aus zunächst ein kleines schmerzloses Knötchen entwickelt. Erst in den letzten 5 Mon. war dasselbe rapid gewachsen, hatte den äussern Lidwinkel ausgefüllt und auch, mit Ausnahme eines kleinen Restes nach unten innen, die ganze Hornhaut überzogen. An der Stelle der stärksten Entwicklung war die Geschwulst 3 mm dick und 2 cm hoch. Die Oberfläche war uneben hügelig, blassroth gefärbt, die Consistenz schwammig u. sehr elastisch. Von den Rändern gingen grosse, gewundene Venen zur umgebenden Bindehaut über. — Die Loslösung der Geschwulst von der Hornhaut war eine sehr mühsame, während sie von der Bindehaut leicht abzuschälen war. Die Erneuerung des Hornhautepithels ging ziemlich schnell vor sich. Nach 3 Mon. zeigte sich als *Recidiv* am Hornhautrande nach oben aussen ein kleines Knötchen. Dieses wurde sofort nebst der Umgebung gründlich aus dem Gewebe herauspräparirt. Die Geschwülste zeigten alle Charaktere der Epidermis: über einander geschichtete Epithelzellen, die in ein sonst zellenarmes Gewebe eingebettet waren. *Kein* zweites Recidiv nach 2jährigem Bestand der Heilung. (Geissler.)

496. **Zur Casuistik der Amblyopien und Amaurosen.**

Angeborne hochgradige Schwachsichtigkeit beobachtete Dr. Hugo Magnus (Klin. Mon.-Bl. f. Ahkde. XXII. p. 85. März 1884) bei einem 14jähr. Knaben, welcher, wie der Vater und noch 2 Geschwister, an *congenitalem Linsenstaar* litt. Bei ihm

und bei seinem Bruder war rechterseits die Staaroperation gemacht worden. Während nun bei dem Bruder der Hintergrund des Auges normal erschien, fand sich bei diesem eine *Anomalie des Sehnerven* vor: die Papilla war schmal, die Netzhautgefässe waren nur an ihrem der Schläfenseite zugekehrten Rande sichtbar; die Gefäss-Ein- u. -Ausmündungsstelle schien sich demnach ausserhalb des eigentlichen Sehnerven zu befinden. — Noch ist zu bemerken, dass von den 5 Kindern das 1. und 5. (Mädchen) normale Augen hatten, während das 2. Kind (Mädchen), sowie das 3. und 4. (Knaben) mit dem angebornen Staar behaftet waren.

Als akute einseitige *Neuritis N. optici* bezeichnet Dr. A. Vossius (a. a. O. XXI. p. 292. Juli 1883) die Erkrankung eines 61jähr. Kaufmanns, der sich auf der Reise durch hochgradige Durchnässung der Kleidung eine *Erkältung* zugezogen hatte. Er bemerkte, wenn er das rechte Auge schloss, dass an den mit dem linken Auge fixirten Gegenständen die untere Hälfte vollständig fehle, einige Tage später erschien die äussere Hälfte des Sehfeldes hell, die innere „wie umflort". Mit dem Spiegel wurde eine abnorme Blässe der äussern Hälfte der Papilla constatirt, während die innere Hälfte stärker geröthet erschien. Der Pat. wurde einer Pilocarpinkur unterworfen. Im Allgemeinen hob sich die Sehkraft bereits nach der 4. Injektion erheblich, indessen blieb das Sehfeld auch nach der 12. Injektion hemiopisch.

Diese *rheumatische* Genese wird auch von Dr. Hock in Wien (Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 107. April—Mai 1884) für eine Reihe von ihm beobachteter Fälle von *Neuritis retrobulbaris* besonders hervorgehoben.

Neben der Sehstörung lässt sich auf Grund der *Schmerzhaftigkeit der Augenbewegungen* die Diagnose des Leidens dahin stellen, dass die Scheide des intraorbitalen Theils des Sehnerven der Sitz der Erkrankung ist. H. konnte mehrfach beobachten, dass in Fällen, wo anfangs z. B. im *obern* Theil des *Sehfeldes* eine Sehstörung oder auch nur eine mangelhafte Farbenempfindung nachweisbar war, auch die *Bewegung des Bulbus nach oben* schmerzhaft war; wurde einige Tage später auch die *Bewegung nach innen* erschwert, so liess sich auch ein Verfall der Sehkraft im Netzhautcentrum nachweisen. Der Heilungsvorgang lässt sich dann in umgekehrter Richtung controliren.

In dem einen der 3 mitgetheilten Fälle entsprach totale Farbenblindheit in der temporalen Sehfeldpartie bei Intaktheit der centralen Sehschärfe einer Schmerzhaftigkeit der Bewegung des Bulbus nach aussen. In einem andern Falle, der einen Lokomotivführer betraf, wurden Farben im obern Theil des Sehfelds für Schwarz gehalten, im Centrum alle Farben gelb gesehen, Druck auf die Bulbi war schmerzhaft, auch die Bewegungen waren schmerzhaft, namentlich die nach oben.

Fälle von *Neuritis* nach *Gesichts-*, bez. *Kopferysipel* werden mehrere mitgetheilt.

Vossius (Klin. Mon.-Bl. a. a. O. p. 294) berichtet die Krankengeschichte eines 32jähr. Gastwirths, welcher eine Angina und darauf folgende Kopfrose unter schwerem Fieber durchgemacht hatte, in der Reconvalescenz an Stirnschmerz zu leiden begann, dem sich bald eine Verdunkelung des linken Auges anschloss, während das rechte wenige Tage später ebenfalls erkrankte. Dem Pat. wurden örtliche Blutentziehungen, heisse Fussbäder, Inunktionen von grauer Salbe (2 g pro Tag) und innerlich Jodkalium verordnet, später wurden auch noch 16 Pilocarpininjektionen gemacht. Die Trübung der Papilla verlor sich vollständig, das Sehvermögen war nach etwa 4—5wöchentl. Kur vollkommen wieder hergestellt. Eine ca. $^3/_4$ J. später angestellte Nachprüfung wies die Dauer der Heilung nach. Noch ist zu bemerken, dass bei Druck auf die Bulbi ein Schmerz in der Tiefe der Augenhöhle gespürt, auch bei starken Seitenwendungen des Auges ein unangenehmes Spannungsgefühl wahrgenommen worden war. Diese Symptome deuteten wohl mit Sicherheit auf einen, vom Erysipel bedingten, entzündlichen Process hinter dem Bulbus.

In einem von August Carl in Frankfurt a. M. mitgetheilten Fall (a. a. O. XXII. p. 113. April 1884) war bei einem 36jähr. Kellner während des Erysipels mehrfach Abscedirung der tiefer infiltrirten Stellen aufgetreten, die Frontal- und Supraorbitalgefässe waren sichtlich thrombosirt, der rechte Bulbus vorgetrieben und schwer beweglich. Die Erblindung rechterseits war etwa am Beginn der 3. Krankheitswoche constatirt worden. Grauweisse Trübung der Netzhaut, streckenweise Füllung der Venen, vollständige Blutleere der Arterien der Papilla und der Netzhaut hatte man damals wahrgenommen. Von dem später zu zwei verschiedenen Zeiten erhobenen Befunde giebt C. zwei instruktive Abbildungen. Als Ueberrest der Gefässvertheilung waren nur noch zwei nach oben, bez. nach oben aussen ziehende Venen vorhanden, nach unten und nach der Macula zu stellten die Gefässe nur noch glänzend weisse Stränge dar. In der Maculagegend hatten sich einige Inseln von Pigment angehäuft.

In den Transact. of the Americ. Ophthalm. Soc. XIX. Meeting. p. 573. 1883 wird von H. Knapp ein hierher gehöriger Fall berichtet, der durch den wiederholt erhobenen ophthalmoskop. Befund besonderes Interesse erregt.

Bei einem 46jähr. Herrn, der lange in den Tropengegenden gelebt hatte und mehrfach syphilitisch gewesen war, trat Gesichtserysipel, zunächst an der Nase und dann sich bald weiter verbreitend, auf. Chemosis der Bindehaut und Exophthalmus waren deutlich und am 7. Tage wurde das Sehvermögen des rechten, am 8. Tage das des linken Auges ergriffen, während die allgemeinen Symptome zurückgegangen waren. Am 9. Krankheitstage waren beide Augen erblindet, man hatte tiefe Incisionen in die Augenhöhlen gemacht, jedoch ohne Eiter zu finden. Netzhaut milchig getrübt, Venen ungewöhnlich dunkel, strotzend gefüllt, mehrfache unregelmässige Ekchymosen in derselben Membran. Zwei Tage später (11. Tag) konnte man die Netzhautarterien als dünne, gerade, rothe Streifen erkennen, neben ihnen frische, punktförmige

Hämorrhagien; die Papilla war jetzt zum Theil von dem sonstigen trüben Hintergrund zu unterscheiden. Einige Tage darauf wurden die einzelnen Partien des Augenhintergrunds noch deutlicher unterschieden, die Trübung der Netzhaut war lichter geworden; alte und neue Ekchymosen. Sehvermögen beiderseits noch nicht wiedergekehrt. In der weitern Folge zeichneten sich einzelne Gefässstellen als weisse Linien aus, andere Strecken waren mit Blut gefüllt; die Venen hatten knotenartige, rosenkranzähnliche Verdickungen, Blutbewegung war weder spontan, noch bei Druck zu bemerken. Pat. blieb vollständig blind, in der Gegend des gelben Fleckes trat ein zierliches Netzwerk weisser, unter sich anastomosirender Linien zu Tage, die Retina war halbdurchscheinend, zeigte weisse Flecke, nur einzelne Zweige der Netzhautgefässe führten noch Blut. Der Befund war auf beiden Augen ziemlich derselbe. Aeusserlich war an den Bulbis ausser den weiten, unbeweglichen Pupillen und einer Hornhauttrübung am rechten Auge nichts wahrzunehmen, ihre Beweglichkeit war ungestört.

Unter den Fällen *plötzlicher* Amaurose nehmen wiederum die auf *Embolie* der *Netzhautarterien* beruhenden die erste Stelle ein. Von den in den letzten Jahren zerstreut veröffentlichten Beobachtungen sei eine Anzahl in der Kürze mitgetheilt.

Eine Seltenheit ist die von A. Vossius berichtete Beobachtung (Klin. Mon.-Bl. a. a. O. p. 298) einer *doppelseitigen* Embolie. Dieselbe betrifft eine 33jähr. Frau, welche seit einer Erkrankung im ersten Wochenbett herzleidend war, und zwar fand sich Hypertrophie des rechten Ventrikels und Insufficienz der Mitralklappe. Eine Woche vor der letzten Niederkunft trat ohne sonstige Vorläufer Erblindung am *linken* Auge ein und während des Geburtsaktes selbst erblindete auch das *rechte* Auge. Als die Kr. einige Wochen später zur Untersuchung kam, fanden sich im linken, vollständig blinden Auge die Arterien der Netzhaut haarfein, so dass sie kaum sichtbar waren. Am rechten Auge war das Sehvermögen bereits wieder fast normal geworden, die nach unten und nach innen verlaufenden Aeste waren sehr eng, jedoch nicht so auffällig, als am linken Auge. Nach unten, innen und oben aussen war das Sehfeld eingeengt. An der Maculagegend keine Veränderung.

A. H. Benson erzählt in den Ophthalm. Hosp. Rep. X. 3. p. 336. Aug. 1882 den nachstehenden Fall.

Ein 16jähr. Mädchen war vor 3 Tagen am linken Auge erblindet, doch hatte sie einige Stunden später die Umrisse gröberer Gegenstände wieder zu erkennen vermocht. Die Gegend der Macula zeigte sich als ein rother Fleck, der mit einem grauweissen, ödematösen Walle umgeben war, auch die Papilla zeigte zum Theil einen trüben ödematösen Contour. An der von Trübung freigebliebenen Stelle war ein cilio-retinales Gefäss sichtbar, das nach der Maculagegend hinzog. Es wurde an der Pat. keine Herzerkrankung gefunden, auch war sie nie rheumatisch afficirt gewesen. Die Pat. wurde einer elektrischen Behandlung mittels des constanten Stroms unterworfen. Die Cirkulation stellte sich wieder her und die Sehschärfe wurde fast normal, während das Sehfeld etwas eingeengt blieb. Nach dem Verschwinden des Oedems waren in der Maculagegend eigenthümliche, wie gelbe Krystalle glänzende Flecke zurückgeblieben, ähnliche Fleckchen fanden sich zerstreut auch in andern Stellen der Netzhaut.

E. W. Wood-White erwähnt (Ophthalm. Review I. Jan. 1882), dass bei einem 31jähr. Mann, bei welchem das typische Bild einer frischen Embolie vorhanden war, nach zweimaligem Druck auf den Bulbus eine die Gefässe durchziehende Blutwelle sichtbar wurde. Die obern Zweige füllten sich sogleich, nach einigen Minuten auch die untern, auch die Papilla erhielt wieder ihre Rosa-Färbung. Als nach 2 Tagen das Oedem der Netzhaut verschwunden war, war auch die Sehkraft wieder normal geworden.

[Der Rath, bei frischer Embolie den Versuch zu machen, durch *Druck auf den Bulbus* den Embolus zu lockern und womöglich in das extraoculare Stück des Bulbus zurückzudrängen, wird auch von Mauthner (Wien. med. Blätter 9. 1883) gegeben. Gelingt diess nicht, so soll man die Vis a tergo dadurch verstärken, dass man den intraocularen Druck durch eine Sklerektomie herabsetzt. Möglicherweise gelingt es hierbei, den Embolus aus dem Stamm in einen Seitenast zu bringen, womit viel gewonnen ist, wie die zahlreichen Heilungen nach partieller Embolie beweisen.]

In einem Falle von partieller Embolie, über welchen Wm. F. Norris (Amer. Journ. of the med. Sc. N. S. CLXVIII. Oct. 1882. p. 427) berichtet, sass der Embolus in dem obern, nach aussen gehenden Zweig der Art. centralis retinae des linken Auges. Der Kr. war ein 29jähr., ausserordentlich anämischer Deutscher, der im Genusse von Spirituosen und Tabak excedirte. Der erste Herzton und der Aortenton waren durch ein Geräusch ersetzt, die Diastole in der Radialarterie stark ausgeprägt; der Kr. hatte den Defekt im Sehfeld erst vor einigen Tagen bemerkt. Er wurde einige Wochen mit Jodkalium und Digitalis behandelt. In der Ausdehnung des Sehfelddefekts nach der verschiedenen Farbenempfindung traten einige Veränderungen ein, zuletzt noch eine Art Theilung der Farbengrenze für Roth ein, die ohne Zeichnung nicht in der Kürze zu beschreiben sind. Auch hatte ein nach unten ziehender Zweig seine Blutfülle wieder erhalten. Der Pat. starb wider Erwarten an einer „Peritonitis“. Die Sektion konnte leider nicht gemacht werden.

Das Vorhandensein eines *cilio-retinalen* Gefässes wurde, wie in dem vorhin erwähnten Falle, auch in einer von Dr. A. Birnbacher in Graz (Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VII. p. 207. Juli—Aug. 1883) mitgetheilten Beobachtung constatirt. Dieselbe betrifft eine 43jähr., mit Herzerweiterung behaftete Frau, welche am Tage vor der Untersuchung am rechten Auge erblindet war. Während im Uebrigen der Augenhintergrund milchig getrübt erschien, war schläfenwärts an der Papilla eine scharf umschriebene Stelle noch von der gewöhn-

lichen Farbe des Hintergrunds geblieben; innerhalb dieser Stelle verliefen 2 Gefässchen, die am temporalen Rand der Papilla hervorkamen. Auf der Papilla selbst sah man keine Arterien. Das centrale Sehen besserte und das Sehfeld erweiterte sich im weitern Verlauf, während die Netzhauttrübung verschwand. Die Arterien blieben dünn, die cilioretinalen Gefässchen blieben unverändert. Noch ist zu bemerken, dass im linken, gesund gebliebenen Auge diese Gefässchen nicht zu finden waren. [Es ist möglich, dass das Vorhandensein dieser cilioretinalen Gefässverbindung zum günstigen Verlauf solcher Fälle von Erblindungen durch Embolie der Centralarterie mit beiträgt.]

Von 2 von Prof. Hirschberg mitgetheilten Fällen (Centr.-Bl. f. pr. Ahkde. VIII. p. 1. 70. Jan., März 1883) hat der eine ein anatomisches, der andere vorwiegend klinisches Interesse.

In dem 1. Falle trat der Tod etwa 4—5 Mon. nach der Erblindung des rechten Auges in Folge des Grundübels (Stenose und Insufficienz der Aortenklappen) ein. In der Retina des linken Auges wurde das vollständige Fehlen der innern Schicht, der Nervenfaser- und der Ganglienzellen-Schicht constatirt, ersetzt war die Verdünnung der Retina durch ein mächtiges Oedem der Zwischenkörnerschicht. Die Vene sowohl, als die Arterie im Sehnervenstamme erschienen vollständig unverändert. Der erwartete Embolus war nicht zu finden. Doch konnte die Diagnose nicht falsch sein, vielmehr war anzunehmen, dass der Pfropf in dem Stück der Centralarterie sich befand, ehe sie in den Sehnerv eintritt. Diese Stelle war aber in der Leiche zurückgeblieben. Man wird demnach bei zukünftigen Sektionen mit dieser Möglichkeit rechnen müssen.

In dem 2. Falle, der eine 26jähr., an Mitralklappeninsufficienz leidende Pat. betraf, konnte das abwechselnde Eindringen von Blutcylindern in die Gefässe und das abwechselnde Leersein sehr genau verfolgt werden, was im Original durch mehrere Abbildungen näher erläutert wird. Es wurde in diesem Falle die *Massage* des *Bulbus* (vorwiegend Druck auf den Bulbus gegen die Orbita zu) gleich am Tage nach der Erblindung gemacht und dieselbe täglich 2mal wiederholt. Die am 2. Tage der Beobachtung bereits constatirte Rückkehr des Sehvermögens in einem Theil des Sehfeldes wurde am 3. Tage Abends noch weiter auch durch Aenderung des ophthalmoskop. Bildes erhärtet, insofern als jetzt die Vaskularisation der Netzhaut fast überall normal erschien. Doch blieben die Arterien auch später eng und die Papilla sehr blass, das Sehfeld eingeengt. [Da die Aenderung in der Füllung der Gefässe nicht unmittelbar nach der Massage eintrat, ist H. vorläufig noch nicht geneigt, diesen Fall als Beweis für den Nutzen derselben anzusehen.]

W. F. Mittendorf in New York (Transact. of the Amer. ophthalmol. Soc. XVIII. p. 411. 1882) berichtete über einen Fall von Netzhaut-Embolie bei einer 32jähr., wiederholt rheumatisch afficirten und seit mehreren Jahren, wahrscheinlich in Folge einer Gehirnembolie am rechten Arme gelähmten Frau. Man konnte hier einige Tage nach Eintritt der Erblindung das Fortrücken des Pfropfes in einem Gefässabschnitt nach der Peripherie hin beobachten, wobei sich das Sehfeld auch einigermaassen erweiterte. In einem 2., ebenfalls von M. erzählten Fall (a. a. O. p. 414) blieb in dem sonst vollständig blinden Auge ein schmaler elliptischer Streifen des Sehfeldes an der Schläfenseite übrig, wo grosse Buchstaben gelesen wurden. Dieser Streifen entsprach genau zwei kleinen, wahrscheinlich *cilio-retinalen* Gefässen am innern untern Rande der Papilla, welche während des ganzen Verlaufs unverändert ihre Blutfülle beibehalten hatten.

Anhangsweise mögen hier noch die Beobachtungen über *Infiltration der Netzhaut bei Speckniere in Folge von chron. Knocheneiterung* Erwähnung finden, welche Ch. St. Bull (Amer. Journ. of the med. Sc. N. S. CLVI. p. 445. Oct. 1879) veröffentlicht hat.

Die eine betrifft ein 24jähr., seit 11 J. nach einem Trauma an einer fortschreitenden Nekrose der Tibia leidendes Frauenzimmer, durch welche hochgradige Anämie veranlasst worden war. Die zweite betrifft einen jungen Mann von 26 J., der ebenfalls nach einem Trauma seit 8 J. an Caries der Tibia litt. Beide Pat. hatten vergrösserte Leber u. Milz, Albuminurie, Diarrhöe, sie starben beide einige Zeit nach der Untersuchung. Die Sehstörung, die uns hier allein interessirt, bestand etwa 6 Mon. und war langsam, aber stetig bis zu einem solchen Grade der Amblyopie gediehen, dass sich die Pat. nur eben selbst zu führen vermochten. Die Fixation geschah excentrisch.

Der ophthalmoskopische Befund war von dem der Retinitis albuminurica vollständig verschieden. Man bemerkte eine continuirliche dichte Infiltration der Retina bis zur Ora serrata hin ohne jede Unterbrechung. Die Papilla war nur an dem Verlauf der Gefässe noch unterscheidbar, das Ganze stellte eine weisse Fläche dar, in welcher auch die Gefässzweige stellenweise verschwanden, während zahlreiche grössere und kleinere, fleckige oder streifige Ekchymosen sie bedeckten, jede Andeutung vom normalen rothen Reflex des Augenhintergrundes war vollständig verschwunden, nur in dem rechten Auge des 2. Pat. waren noch einzelne Stellen, wo die rothe Aderhaut durchschimmerte. Es schien, als ob die Infiltration an Dicke von dem hintern Pole nach dem Aequator zu etwas abnehme, dass sie demnach von hinten nach vorn weiter geschritten sei. Die Blutflecke zeigten der Farbe nach sowohl frischen, als ältern Ursprung. Leider war es unmöglich, nach dem Tode der Pat. die Augen zur Untersuchung zu erhalten.

(Geissler.)

B. Originalabhandlungen
und
Uebersichten.

IX. Beiträge zur Lehre von den Nervenkrankheiten.

Von

Dr. *Paul Julius Möbius* in Leipzig.

5) *Neuere Beobachtungen über die Tabes*[1]).
(Vierter Bericht.)

1) *Allgemeines.*

Von den Gesammtschilderungen der Tabes, welche neuerdings erschienen sind, erwähnen wir zunächst die Leyden's (Artikel Tabes dorsalis in der Realencyklopädie d. ges. Heilk. von A. Eulenburg. 1883. 63 S.).

Schon 1863 hat Leyden eine wichtige Monographie über die Tabes geschrieben, seitdem hat er zahlreiche Beiträge zur Lehre von dieser Krankheit geliefert und immer, wenn über Tabes gehandelt wird, findet sein Name Erwähnung. Wenn jetzt von ihm eine zusammenfassende Darstellung der Pathologie der Tabes erscheint, tritt Jeder mit hochgespannten Erwartungen an die Lektüre heran. Man hofft auf eine für lange mustergültige Schilderung, welche klar und erschöpfend ein Bild des jetzigen Wissens giebt. Da diese Darstellung in einer Encyklopädie erscheint, erwartet man von ihr besonders Objektivität. Die Arbeit des hervorragenden Klinikers mit einiger Ausführlichkeit zu besprechen, wird daher sicher gerechtfertigt sein.

L. eröffnet seine Darstellung mit folgender Definition: „unter Tabes dorsalis verstehen wir eine chronische, in der Regel progressiv verlaufende Rückenmarkskrankheit, welche in ihrem ausgebildeten Stadium durch eine eigenthümliche, als Ataxie bezeichnete Störung der Muskelaktion charakterisirt ist, und welcher eine Degeneration der hintern Stränge des Rückenmarks zu Grunde liegt." Er empfiehlt den Namen Tabes dorsalis als den am wenigsten vorgreifenden und dem klinischen Standpunkte angemessenen. Die folgenden geschichtlichen Bemerkungen schliessen mit den etwas animosen Worten: „endlich haben in der neuesten Zeit die Diskussionen über den therapeutischen Werth der Nervendehnung bei Tabes und den Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis viel Staub aufgewirbelt, ohne jedoch nachhaltige Wirkungen zu hinterlassen."

[1]) Vgl. Jahrbb. CXCVI. p. 65. 185.

Die „pathologische Anatomie" schildert zunächst die makroskop. Verhältnisse bei ältern Fällen, ohne viel auf die neuerdings angestrebte genauere Topographie einzugehen und ohne die neuern Befunde an der Oblongata zu berücksichtigen. Dass eine Erkrankung der peripheren Nerven nicht nachgewiesen sei, ist wohl nicht ganz richtig (opp. Friedreich, Westphal, Dejérine). Die Ausbreitung des Processes auf den Bezirk der Kleinhirnseitenstrangbahnen soll noch als typisch gelten. Dagegen ist zu bemerken, dass nach Strümpell jener Bezirk bei typischer Tabes nie erkrankt, was L. S. 56 des Sep.-Abdr. selbst hervorhebt. Der mikroskop. Befund wird durch einen Holzschnitt (Fig. 3 nach Taf. II, 5, a des 2. B. der Klinik der Rückenmarkskrankheiten) erläutert, welcher fremdartig anmuthet und sicher nicht das gewöhnliche Bild der grauen Degeneration wiedergiebt. Die Natur des Tabesprocesses fasst L. als parenchymatöse Degeneration auf. Schwer verständlich ist die Besprechung der Frage nach der systematischen Natur der Krankheit. L. „vertritt die Ansicht, dass es sich um eine Erkrankung der sensiblen Leitungsbahnen handelt", und schliesst (S. 61 des Sep.-Abdr.) mit dem Satze, dass er nur 2 Systemerkrankungen im Rückenmark anerkenne, nämlich ausser der Erkrankung der Pyram.-Bahn „diejenige, welche an die Verbreitung der sensiblen Bahnen in den hintern Strängen des Rückenmarks sich anschliesst, das ist die progressive Bewegungsataxie oder die Tabes dorsalis Romberg's." Nichtsdestoweniger soll man sich in der Lehre von den Systemerkrankungen in Schwierigkeiten und Widersprüche verwickelt haben, die anatomische Verbreitung soll sich nun einmal nicht in das Schema der Systemerkrankungen gefügig einreihen lassen, die Lehre von den Systemerkrankungen soll durch Kahler's neue Arbeit einen empfindlichen Stoss erhalten haben u. s. w. Ref. gesteht, dass er hier nicht zur Klarheit gelangt ist.

Die „Symptomatologie" beginnt mit einer Schilderung der Ataxie. Dieselbe sei das Hauptsymptom der Krankheit. S. 17 wird gesagt, die Muskeln haben Prallheit und Rundung, S. 19 dagegen, die

Muskeln seien schlaff, ihr Tonus sei herabgesetzt. Der Passus: „eine Ataxie der Kopfbewegungen, ähnlich der Paralysis agitans, kommt nur selten vor," dürfte leicht missverstanden werden. Es soll wohl heissen: wie bei Paral. agitans der Kopf nur selten zittert, sind bei Tabes die Kopfbewegungen selten ataktisch. Neben der Ataxie wird die häufige Muskelschwäche erwähnt, mit wenigen Worten werden die Augenmuskellähmungen erledigt (die progressive Ophthalmoplegie ist nicht erwähnt), eingehendere Erwähnung finden die Lähmungen der Extremitäten. Dieselben werden geschieden in „Pseudoparalysen" und „wirkliche" Lähmungen. Jene seien theils durch Mangel an Willenskraft (bes. bei Frauen), theils durch allgemeine Erschöpfungszustände bedingt. Diese treten theils plötzlich, theils allmälig auf, sind meist nicht complet, nicht mit degen. Atrophie verbunden, oft vorübergehend. L. tritt für die apoplektiforme Hemiplegie als Symptom der Tabes selbst ein. Zu den bemerkenswerthen motorischen Complikationen gehören nach ihm die Entwicklung der progressiven Muskelatrophie (dieselbe soll von einem Uebergreifen der Degeneration von den hintern Wurzelfasern auf die vordere graue Substanz herzuleiten sein), die seltenen Contrakturen, die Muskelzuckungen. Dass Fälle mit Muskelatrophie und Contrakturen nicht zur typischen Tabes gehören, dürfte doch stärker hervorzuheben sein, hier stehen diese Symptome mit den Augenmuskellähmungen in einer Reihe.

Als Sensibilitätsstörungen, welche (von den starken Schmerzen abgesehen) dem Kranken ziemlich gleichgültig und somit „mehr von theoretischer Bedeutung" seien, nennt L. zunächst die subjektiven, Schmerzen, Dysästhesien, Parästhesien. Die Behauptung, dass die Tabesschmerzen so wenig charakteristische Eigenschaften haben, dass sie für sich die Diagnose nicht ermöglichen, dürfte nicht auf allgemeine Zustimmung zu rechnen haben. Sicher darf die Diagnose sich nicht auf die Schmerzen allein stützen, aber wenig subjektive Symptome dürften charakteristischer sein, als die lancinirenden Schmerzen. Dass das Gefühl von Kälte und Formikationen in den Füssen selten seien, behauptet L. auch. Das nahezu immer vorhandene Ermüdungsgefühl wird hier nicht erwähnt. Etwas eingehender als die subjektiven werden die objektiven Sensibilitätsstörungen besprochen. Als solche werden genannt Analgesie, Hyperalgesie, partielle Empfindungslähmung, verlangsamte sensible Leitung, Störungen des Muskelgefühls, Verminderung des Tastgefühls, Nachempfindungen, Erschöpfbarkeit der Empfindung. Unter den Reflexerscheinungen werden die Sehnenphänomene angeführt. Die Reflexe von der Fusssohle seien „gewöhnlich" recht lebhaft. Bei den Augensymptomen ist die vorübergehende Accommodationslähmung nicht erwähnt. Nur kurz werden die Myosis, mit ihr zusammen die reflektorische Pupillenstarre und die Opticusatrophie besprochen, ebenso die Störungen des Geruches und Gehörs. Die Tabes kann sich mit Geistesstörung verbinden. „Die Form der Geisteskrankheit entspricht der progressiven Geistesparalyse." Andere Formen werden im Texte nicht erwähnt. Jedoch bemerkt L., dass sich zuweilen im Verlaufe der Tabes eine akute Geistesstörung in Form eines akuten Delirium, ähnlich wie bei der akuten Meningitis entwickele. Er habe 5 derartige Fälle gesehen. Der Tod trat bald im Koma ein. Der Gehirnbefund war negativ.

Es folgen die Störungen der Sphinkteren und der Geschlechtsthätigkeit. Als „Symptome von Seiten der Eingeweide" bezeichnet L. die Magenkrisen (ohne Erwähnung der Darmkrisen), die Broncho-, resp. Laryngokrisen, die Nierenkrisen (ohne die Urethralkrisen), die Pulsbeschleunigung (die Complikation mit Klappenfehlern betrachtet L. als Zufall), als trophische Erscheinungen die Hauterkrankungen, Herpes, Lichen u. s. w., das Mal perforant, die Arthropathien und Frakturen. Alle diese Dinge nehmen nur sehr wenig Raum ein. Die epileptiformen Anfälle, die Ekchymosen, die selteneren vasomotorischen Erscheinungen, das Verhalten der Fussschweisse, das Abfallen der Zehennägel u. A. werden nicht erwähnt.

Die Schilderung des Verlaufs der typischen Tabes bringt nichts Neues. L. unterscheidet mit Andern ein neuralgisches, ein ataktisches und ein paraplektisches Stadium. Ein wirkliche Heilung hält er für nicht möglich, auch den Ausgang in definitiven Stillstand bezweifelt er.

Als „abweichende Formen der Tabes" nennt L. zunächst die cervikale und cerebrale Form. Er hält es für unumgänglich, diese von der typischen Tabes, die im Dorsaltheil beginne, zu trennen. Warum „die cervikale Form zur Muskelatrophie disponirt", ist nicht einzusehen. Ferner unterscheidet L. die abortiven Formen und endlich die hereditäre Ataxie. Letztere als besondere Krankheit und mit Kahler und Pick als combinirte Systemerkrankung zu betrachten, ist er geneigt.

Bei der „Diagnose" werden als klassische Symptome, welche eine frühe Diagnose ermöglichen, genannt: 1) die lancinirenden Schmerzen „oder" geringe Schwäche, 2) die reflektorische Pupillenstarre „mit oder ohne Strabismus", 3) das Fehlen des Kniephänomens.

Am meisten Widerspruch wird L.'s „Aetiologie" finden. In seinem Handbuch nahm sie $^3/_4$ Seite ein, hier dehnt sie sich zwar auf 2 Seiten aus, dürfte aber trotzdem nicht erschöpfend genannt werden. Die Erkältung bezeichnet L. als die direkteste und häufigste Ursache der Tabes. Fälle, wo die Krankheit evident aus Erkältungen mit Ausschluss jeder andern plausibeln Ursache sich entwickelte, seien in grosser Zahl constatirt. Ausser der Erkältung lässt L. das Trauma gelten. „Es ist gewiss nicht unwahrscheinlich, dass Trauma einen ähnlichen Effekt auf die sensibeln Nerven ausüben kann, wie Erkältung." Auch bei den typischen Fällen walte eine gewisse heredi-

täre Disposition vor. Ueber die Syphilis handelt folgender Passus. „In der letzten Zeit ist die Syphilis als Ursache der Tabes nicht nur genannt, sondern in den Vordergrund gestellt worden. In Deutschland ist es hauptsächlich W. Erb, welcher sich für diese Aetiologie in das Zeug legte [!], in Frankreich Fournier. Die Beweisführung beruht jedoch ausschliesslich auf den statistischen Erhebungen, dass eine grosse Anzahl (angeblich bis zu 70⁰/₀) Tabischer früher an Syphilis gelitten haben. Allein man weiss, welchen Irrthümern derartige Erfahrungen ausgesetzt sind. Ueberdiess kann die Statistik allein für den ätiologischen Zusammenhang einen entscheidenden Beweis nicht geben. Ausser ihr fehlt aber jeder andere wahrscheinliche Anhaltspunkt. Der anatomische Process hat mit den anderweitig bekannten Formen der Syphilis des Nervensystems absolut keine Aehnlichkeit und eben so wenig giebt die Therapie den gewünschten Beweis. Die Syphilis als Aetiologie der Tabes muss daher zurückgewiesen werden." Es entspricht weder der Bedeutung der Personen, noch der Sache, die wichtige Angelegenheit in dieser Weise abzuthun. Falsch ist, dass die Autoren 70⁰/₀ Inficirte unter den Tabeskranken fanden, Erb fand 89.3⁰/₀, Fournier 91.45⁰/₀. Ohne auf die Sache näher einzugehen, darf man doch fragen, *welchen* Irrthümern sind denn derartige statist. Erhebungen ausgesetzt? Doch wohl hauptsächlich dem, dass die Kranken ihre Infektion verheimlichen oder nicht kennen.

Die „Therapie" kann nach L.'s Auffassung natürlich nur die Aufgabe haben, den Process nach Möglichkeit in seinem Fortschreiten aufzuhalten, den Ausgleich der Störungen zu begünstigen und lästige oder schädliche Symptome zu bekämpfen. Als prophylaktische Maassregel kennt L. nur die Verhütung schwerer Erkältungen, bes. der Füsse. Da er die Möglichkeit eines jeden Zusammenhanges zwischen Tabes und Syphilis zurückweist, kann er auch diejenige Maassregel nicht erwähnen, welche für die jene Möglichkeit Anerkennenden von der fundamentalsten Bedeutung ist, nämlich die energische und langdauernde Behandlung jeder syphilitischen Infektion.

Betreffs des allgemeinen Verhaltens mahnt L. zur Vermeidung der Kälte und körperlicher, wie geistiger Ueberanstrengung. Erkältung sei am meisten zu fürchten, da der Pat. sie nicht mehr gut fühle. Es ist aber bekannt, dass die meisten Tabeskranken gegen Kälte äusserst empfindlich sind. Blutentziehungen und Ableitungen lässt L. nur als Gegenreize bei Schmerzen gelten. Von innern Mitteln erwartet er nicht viel. Am meisten vom Jodkalium. „Die Wirkung des Quecksilbers wird mit der Zurückweisung der Aetiologie von Syphilis hinfällig." Argentum nitr. erklärt L. für „völlig unwirksam". Man könnte erwarten, dass die gegentheiligen Erfahrungen anderer Autoren wenigstens erwähnt würden. Warmen Bädern ist L. bekanntlich sehr geneigt, er geht so weit, selbst Schwitz- und Dampfbäder im Beginne der Krankheit zu empfehlen. Nach des Ref. Erfahrung giebt es nichts, was für angehende Tabeskranke so schädlich wäre, wie Dampfbäder. Freundlicher als früher scheint L. jetzt der Hydrotherapie gegenüber zu stehen. „Die elektrische Behandlung der Tabes, jedenfalls ein wichtiges, therapeutisches Agens, darf doch nicht überschätzt werden." Die cutane Elektrisirung habe er schon 1863 empfohlen, doch habe er bei ihrer Anwendung keine sichtlichen Resultate constatiren können. Die Nervendehnung verurtheilt bekanntlich Leyden. „Die abweisende Kritik, welche ich zuerst aussprach, wurde anfangs mit Misstrauen aufgenommen, dann aber häuften sich die Erfahrungen und durch die Diskussion im Verein für innere Medicin, sowie in der Berl. med. Gesellschaft ist über diese Operation definitiv und für alle Zeit der Stab gebrochen." Die gen. Gesellschaften sind gewiss von grosser Bedeutung, L. scheint ihnen aber gar zu viel zuzumuthen. Durch eine Diskussion der Berliner Erfahrungen können doch die theilweise recht guten Erfolge, welche andere Aerzte gehabt haben, nicht aus der Welt geschafft werden. Es giebt Fälle von Tabes dolorosa, wo alle sonstigen Mittel versagen; hier dürfte vielleicht auch in Zukunft die Nervendehnung als palliatives Mittel gerechtfertigt sein. Bei Erwähnung der gegen die Schmerzen gerichteten Therapie betont L. die Gefahr der Morphiumsucht. Dass er aber dieselbe, welcher ja die armen Kranken leicht verfallen, ein „Laster" nennt, erweckt gerechtes Befremden.

Die „Theorie" der Krankheit ist in der Hauptsache die Theorie der Ataxie. L. vertritt hier energisch seine alte Ansicht, dass die Ataxie sensorisch sei, so viel Ref. sieht, ohne neue Gründe beizubringen. Zweifellos glückt es ihm, die Vorzüge seiner, die Schwächen der andern Ansichten in das Licht zu stellen. Doch dürfte auch nach dieser Auseinandersetzung die überaus schwierige Frage nicht als erledigt gelten. Satz 3: „eine Störung der Sensibilität bedingt auch eine Störung der Coordination" ist nur auf Thierexperimente gestützt, die in klinischen Fragen nicht den Ausschlag geben, und bleibt zu beweisen. Dass es Anästhesien giebt ohne Ataxie (Fall Späth-Schüppel, ferner die Fälle Strümpell's und Winter's, welche L. nicht erwähnt), bleibt eben doch wahr. Wenn schlüsslich L. seine Auffassung dahin zusammenfasst, dass die Tabes eine chronische Degeneration der sensibeln Bahnen im Rückenmark sei, so kann man nur bedauern, dass er dieser einladenden Hypothese, welche in ähnlichem Sinne auch Pierret u. A. vertreten, kein vollständig sicheres Fundament gegeben hat. Insbesondere wird jeder Versuch vermisst, die bei Tabes vorkommenden Lähmungen, welche ja oft genug permanent sind, durch die Läsion sensibler Fasern zu erklären.

Den Schluss bildet ein Verzeichniss der citirten Arbeiten.

Leider sind ziemlich viele Druckfehler stehen geblieben.

Die Darstellung Bramwell's (Die Krankheiten des Rückenmarks. Uebersetzt von N. Weiss. Wien 1883. p. 219—233) ist kurz und nichts weniger als erschöpfend.

Eine ebenfalls kurze, aber sehr lichtvolle und ansprechende Schilderung der Tabes hat Strümpell (Lehrbuch der speciellen Pathologie u. s. w. II. Bd. 1. Th. Leipzig 1884. p. 180—201) gegeben. Sehr mit Recht bemerkt er, dass hereditäre Verhältnisse bei der echten Tabes eine sehr geringe Rolle spielen. „Die Möglichkeit eines Zusammenhangs der Tabes mit einer vorhergegangenen Luës" scheint ihm „für viele Fälle sehr naheliegend" zu sein. Besonders gelungen ist die präcise Besprechung der pathol. Anatomie. Nur die Angabe, dass Veränderungen der peripheren Nerven noch nicht sichergestellt seien, möchte Ref. beanstanden. In der Symptomatologie ist bemerkenswerth die Erörterung der Ataxie. Eine Störung der Coordination muss zu Stande kommen, wenn entweder die die Bewegungen regulirenden Einflüsse, d. h. die Erregungen der Sinnesorgane, der Haut, der Muskeln, Gelenke u. s. w. wegfallen oder wenn sie ihre Wirksamkeit verlieren, d. h. wenn die Möglichkeit einer erfolgreichen Uebertragung derselben auf die motorischen Apparate aufgehoben ist. Dass auf die Ataxie der Tabeskranken der Wegfall der centripetalen Erregungen von Einfluss ist, hält Str. für nicht unwahrscheinlich. Doch scheint es sich in der Hauptsache bei der Tabes um den 2. Fall zu handeln, um eine Störung in der Uebertragung der centripetalen Erregungen auf den Bewegungsapparat. Damit lässt sich vereinigen, dass Sensibilitätsstörung und Tabes nicht parallel gehen, dass Ataxie ohne Anästhesie und diese ohne jene vorkommt. Der Ort der Störung ist nach Str. in der grauen Substanz zu suchen, da jene Uebertragung vermittelst Ganglienzellen geschehen muss. Es würde daher die Ursache der Ataxie in einer Läsion der grauen Substanz [der Hinterhörner?] zu suchen sein. Ein Erhaltenbleiben des Kniephänomens bei Tabes hat Str. so wenig wie andere gute Beobachter gesehen. Die Beschreibung der seltenern Symptome ist allerdings nicht ganz vollständig, doch darf diess in einem hauptsächlich für Studirende bestimmten Lehrbuche wohl der Fall sein. Bezüglich des Verlaufes macht Str. besonders auf diejenigen Fälle aufmerksam, wo rapide Verschlimmerungen eintreten, besonders das 2. Stadium akut beginnt. Ist möglicher Weise Syphilis Krankheitsursache, so hält Str. ein antiluëtisches Verfahren für durchaus berechtigt. Ref. ist der Ansicht, dass trotz der ätiologischen Beziehung zwischen beiden Krankheiten die specifische Behandlung der Tabes aussichtslos ist. Die Tabes ist eben nicht ein einfaches Symptom der Luës, sondern eine unter bestimmten Bedingungen auftretende Folgekrankheit derselben, welche der sogen. tertiären Luës durchaus nicht gleichwerthig ist. Das Hauptgewicht legt Str. auf die elektrische u. die hydriatische, resp. balneologische Therapie.

Hardy (Gaz. des Hôp. 70. 71. 74. 1883) giebt eine kurze, oberflächliche und vielfach schiefe Darstellung der Tabes.

Endlich findet sich eine kurze Darstellung der Tabes in M. Rosenthal's „Diagnostik und Therapie der Rückenmarkskrankheiten" (Wien u. Leipzig 1884. 2. Auflage). Das Buch J. Ross' über Nervenkrankheiten (London 1883) steht dem Ref. nicht zur Verfügung.

2) *Aetiologisches.*

a) *Syphilis.*

Voigt in Oeynhausen (Berl. klin. Wchnschr. XX. 3. 1883) hat seit seiner letzten Veröffentlichung (vgl. Jahrbb. CXCVI. p. 67) 76 neue Fälle von Tabes untersucht und ist dabei zu der Ansicht gekommen, dass die Tabes eine direkte Folge der Syphilis sei. Von jenen Kr. hatten 62 (= 81.4%) zuvor an Luës gelitten, und zwar lagen zwischen beiden Krankheiten in 4 F. 1—3, in 44 F. 4—13, in den übrigen 14—25 Jahre. Immer handelte es sich um typische Tabes. Die Luës war meist gutartig gewesen, die Ulcera waren schnell geheilt, die sekundären Erscheinungen hatten keinen bösartigen Charakter gezeigt, 8mal ganz gefehlt, tertiäre Erscheinungen waren ganz ausgeblieben. Die Behandlung war in Folge dessen meist eine wenig intensive gewesen. Von der specifischen Behandlung hat V. mehrfach gute Wirkungen gesehen. Besonders in einem Falle: 1867—68 sekundäre Syphilis, 1870 lancinirende Schmerzen, sofort Schmierkur, danach absolutes Wohlbefinden bis 1874, wo die Schmerzen zurückkehrten, 1881 Beginn der Ataxie, trotzdem bedeutende Besserung durch Schmierkur. Sechs weitere Fälle erfuhren durch Hg und Jodkalium eine so wesentliche Besserung, wie sie V. bei andern Behandlungsweisen nie gesehen hat.

Rumpf (a. a. O. 4) fand unter 27 Tabeskranken 18 mit zweifelloser früherer Luës, 1 mit blossem Schanker, welcher jedoch innerlich mit Hg behandelt worden war. Die Luës war meist mild gewesen. R. empfiehlt die Combination der antiluëtischen Behandlung mit der durch den faradischen Pinsel.

Erb (a. a. O. 22) hat ein zweites Hundert von Tabesfällen untersucht. Er fand 9 Fälle ohne jede vorangegangene syphilitische Infektion, 91 F. mit syphilit. Infektion (darunter 62 mit sicherer sekundärer Syphilis, 29 mit Schanker ohne sekundäre Erscheinungen). Die Tabes trat auf nach der Infektion zwischen dem 1. und 5. Jahre 13mal, dem 6. und 10. J. 31mal, dem 11. und 15. J. 25mal, dem 16. und 20. J. 15mal, dem 21. und 25. J. 5mal, dem 26. und 30. J. 1mal, also 69mal innerhalb der ersten 15 Jahre. Unter 1200 Kr., welche nicht an Tabes und nicht direkt an Syphilis litten, waren 77.25% Nichtinficirte, 22.75% früher Inficirte. Erb schliesst aus seinen Ergebnissen, dass kaum Jemand in Gefahr steht, tabisch zu werden, der nicht früher syphilitisch gewesen ist. E. hat weiter 100 Fälle von Tabes zusammengestellt mit Angabe

der verschiedenen Schädlichkeiten, welche der Tabes vorausgegangen waren, nämlich:

Syphilis (resp. Schanker) ganz allein	36mal
„ + Erkältung	17mal
„ + Strapazen	8mal
„ + Excesse	7mal
„ + Trauma	2mal
„ + Erkältung + Strapazen	15mal
„ + Erkältung + Excesse .	4mal
„ + Strapazen + Excesse .	3mal
„ + Excesse + Trauma .	1mal
Erkältung allein	3mal
Strapazen allein	2mal
Excesse allein	1mal
Trauma allein	1mal
Summa	100

Erb bemerkt unter Anderem, dass bei spät erworbener Syphilis auch die Tabes in späterem Alter beginnt, er hat z. B. einen Kr. beobachtet, bei dem die ersten Erscheinungen der Tabes im 58. Lebensjahre aufgetreten waren und welcher erst im 48. J. sich inficirt hatte. Das relative Häufigkeitsverhältniss der Tabes sowohl, wie der Syphilis bei Männern gegenüber den Frauen ist ungefähr dasselbe, 10:1. Bei Frauen niederer Stände sind Tabes und Syphilis relativ häufig, bei denen höherer Stände sind beide selten. Von 13 tabeskranken Frauen hatten 4 ziemlich sicher keine Syphilis, 3 angeblich keine (doch waren bei einer derselben 3 Fehlgeburten vorgekommen, 4 Kinder früh gestorben, bei einer 2 Frühgeburten vorgekommen und grosse, von Geschwüren herrührende Hautnarben vorhanden, bei einer war der Mann notorisch syphilitisch), 4 aber ganz sicher Syphilis, 1 höchst wahrscheinlich sekundäre Syphilis, 1 sicher einen Schanker.

E. hält nach Allem den Satz aufrecht, *dass die Syphilis eine der wichtigsten, wenn nicht die wichtigste, Bedingung für das Entstehen der Tabes ist*, er hält es für wahrscheinlich, dass die Tabes eine direkte späte Manifestation der Syphilis ist, deren Auftreten und Lokalisation aber noch von verschiedenen andern Umständen (Erkältung, Strapazen, Trauma u. s. w.) bestimmt wird. E. theilt zum Schluss folgenden Fall mit.

40jähr. Mann. Im J. 1863 Schanker mit Bubonen. Keine sekundären Erscheinungen. Hg-Behandlung; 1872 Heirath; 2 gesunde Kinder. Theilnahme an den Feldzügen 1866 und 1870. Im J. 1871 lancinirende Schmerzen; 1873 Parästhesien u. Unsicherheit der Beine; 1876 apoplektiformer Anfall mit vorübergehender Hemiplegie; 1880 Blasenschwäche und Impotenz. Zur Zeit typische Tabes. Ausserdem seit $^3/_4$ J. charakteristischer Tophus am linken Schienbein, seit $^1/_2$ J. Syphilis im Gesicht und Tophus am rechten Vorderarme, seit $^1/_4$ J. specifische Hodenanschwellung und heftige, Abends exacerbirende Kopfschmerzen.

Bernhardt (Centr.-Bl. f. Nhkde. u. s. w. VI. 20. 1883) macht ebenfalls statistische Angaben. Er hat neuerdings 26 Tabeskranke untersucht (23 M., 3 Fr.), von diesen litten früher sicher an Luës 10 (= 38.4%), 5 nur an Schanker (doch mehrmals später verdächtige Erscheinungen), 11 stellten jede Infektion in Abrede. Die letztern gaben als Krankheitsursachen an: Erkältung, Ueberanstrengung, Noth. Von den früher Inficirten nannten 8 derartige Hülfsursachen, 7 wussten nur die Syphilis anzugeben. Besonders interessant ist der Fall einer 39jähr., unverheiratheten Frau, welche, sonst in guten Verhältnissen lebend, 12 J. vor Beginn der Beobachtung sicher syphilitisch inficirt worden war und bei der 7 J. später die Tabes begonnen hatte. Bezüglich der Zeit zwischen beiden Krankheiten besitzt B. von 13 Kr. Notizen: es verflossen 7, 11, 15, 3, 20, 11, 17, 10, 30, 14, 6, 20, 12, im Durchschnitt etwa 13.5 Jahre. Auf B.'s Ersuchen hat Dr. Perl bei Tuberkulösen nach früherer Syphilis gefragt. Von 100 Kr. leugneten 62 jede Infektion, an Tripper hatten gelitten 15, an Ulcus molle 18, an Luës 8. B. ist der Ansicht, dass Luës zur Tabes prädisponire.

Fr. Veronese (Syphilis als ätiolog. Moment bei Erkrankung des Nervensystems: Wiener med. Klinik 1883. Heft 9. Vgl. Centr.-Bl. f. klin. Med. IV. 46. 1883) hält einen direkten Zusammenhang der Tabes und der Syphilis für „nicht gerade wahrscheinlich".

In der Sitzung der Ges. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten zu Berlin am 10. März 1884 (Centr.-Bl. f. Nhkde. u. s. w. VII. 7. 1884; Neurol. Centr.-Bl. III. 7. 1884) sprach Oppenheim über die Aetiologie der Tabes. Er fand unter 86 Fällen (56 M., 30 Fr.) 57 ohne anamnestische Angaben oder Zeichen von Syphilis; 9mal hatte Ulcus molle bestanden, 11mal Ulcus durum ohne Sekundärerscheinungen; 6mal wurde Syphilis geleugnet, es waren aber Abortus, Frühgeburten, Frühtod der Kinder u. s. w. vorgekommen; nur 9mal waren leichte sekundäre Erscheinungen aufgetreten (darunter 1 Fall, wo die reissenden Schmerzen der Infektion vorausgingen); nur 1mal bestanden zur Zeit Symptome der Luës. Nach der Heredität wurde 50mal gefragt, nur 5mal konnte ein hereditäres Moment (im weitesten Sinne des Wortes) constatirt werden; 30mal wurden dauernde und intensive Erkältungswirkungen beschuldigt, oft auch körperliche Strapazen, 1mal schloss sich die Tabes an ein Trauma an, doch ergab die Sektion, dass der Fall nicht rein war; 1mal begann die Tabes mit gastrischen Krisen unmittelbar nach einer Leuchtgasvergiftung. Unter 70 syphilit. Kr. der Charité, deren Infektion mindestens 5 J. alt war, war nur einer ohne Kniephänomen (ohne weitere Symptome). Cerebrale Symptome fanden sich eben so häufig bei inficirten wie bei nicht inficirten Tabeskranken. Nach Allem glaubt O., dass Syphilis eine Ursache der Tabes unter andern sei, dass aber das Bild der Tabes auf ihre Ursache einen Schluss nicht gestatte.

Bernhardt hat seit October 1883 12 neue Fälle von Tabes gesehen; 7 waren Privatkranke, alle waren syphilitisch gewesen, von 5 poliklin. Kr. waren 3 syphilitisch, bei 2 war die Sache zweifelhaft.

Lewin hat unter vielen Syphilitischen wenig Tabeskranke beobachtet. Er hat von specifischer Behandlung nur 1mal günstigen Erfolg gesehen. Einmal erkrankte ein Syphilitischer an Tabes, der

lange ein Zimmer mit arsenikhaltiger Tapete bewohnt hatte; es trat Heilung ein.

Westphal glaubte, dass vielleicht keine der sogen. Ursachen der Tabes die richtige wäre. Die pathologische Anatomie und die Therapie sprächen nicht für einen Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes.

Remak möchte die Frauen weggelassen sehen, da bei ihnen die Anamnese zu unzuverlässig ist. Er wünscht, dass die Syphilidologen angeben, wie viele ihrer Patienten an nervösen Leiden, speciell an Tabes, erkranken (Reumont 8.5%, bez. 1.6%).

Lewin hat von 800 syphilit. Frauen nur 5 später auf der Nervenabtheilung gesehen, keine litt an Tabes.

Die Debatte wurde am 12. Mai fortgesetzt (a. a. O. VII. 11, bez. III. 11).

Oppenheim bemerkte, dass sein Material inzwischen auf mehr als 100 Tabesfälle angewachsen sei. Bei 59 fehlte jeder Anhaltepunkt für Annahme syphilit. Infektion, 11 hatten an Ulcus molle gelitten, 13 an Ulcus durum ohne Folgeerscheinungen, 11 an sekundärer Syphilis, 6 leugneten, waren aber verdächtig. Er will übrigens die Frage nicht für abgeschlossen halten.

Remak berichtete über 64 Fälle typischer Tabes (15 Fr., 49 M.). Die 15 Frauen lässt er bei der Berechnung weg wegen der Schwierigkeit der Anamnese. Bei keiner war Syphilis zu constatiren. Von den 49 Männern hatten 14 sicher Ulcus durum und sekundäre Erscheinungen gehabt, 14 nur Ulcus durum, 21 keine Syphilis. Von letztern waren 3 verdächtig. Vom unitarischen Standpunkte hatte R. demnach 63.5% Syphilitische. Er hält für richtiger, nur die Fälle mit sekundären Erscheinungen zu berücksichtigen oder doch nur die Fälle, wo andere Erscheinungen als nur ein Ulcus für Syphilis sprechen. In jenem Falle erhält er 28.5%, in diesem 36.7%. Die Mittelzahl ist 33.3%. Von sonstigen ätiologischen Momenten waren bei den 49 Männern nachzuweisen: Erkältung in 45%, Trauma in 2%.

Bernhardt hat 4 zeitlich aufeinander folgende Zusammenstellungen gemacht:

1) 67 Fälle von Tabes, darunter 40% syphilitisch, resp. 21% (ohne die Fälle mit Ulcus molle).

2) 20 Fälle von Tabes, darunter 60% syphilitisch, resp. 45% (ohne die Fälle mit Ulcus molle).

3) 26 Fälle von Tabes, darunter 57.6% syphilitisch, resp. 38.4% (ohne die Fälle mit Ulcus molle).

4) 12 Fälle von Tabes, darunter 83% syphilitisch, resp. 83% (ohne die Fälle mit Ulcus molle).

Im Durchschnitt also auf 125 Fälle 60%, resp. 46.8%

Rumpf (Deutsche med. Wchnschr. X. 15. p. 232. 1884) bemerkt gegen die oben erwähnte Behauptung Lewin's, dass er einen Fall von Heilung der Tabes durch consequente Schmierkur beschrieben habe (vgl. Jahrbb. CXCVI. p. 72), dass er seitdem in einer Reihe von Fällen nie Schaden, wohl aber hochgradige Besserung durch die Quecksilberkur gesehen habe. Symptome von Syphilis seien nicht allzu selten bei Tabeskranken. Dass Personen für syphilitisch gelten, die es nie gewesen sind, sei wohl selten. Das Umgekehrte komme aus begreiflichen Gründen oft genug vor. Wenn von den Kranken Lewin's nur wenige später auf die Nervenabtheilung gekommen seien, so liege das daran, dass durch eine ausreichende Behandlung ihre Syphilis getilgt worden sei, während Tabes meist auf ungenügend behandelte Syphilis folgt.

Ref. (Centr.-Bl. f. Nhkde. u. s. w. VII. 9. 1884) hat die Krankengeschichten von 5 tabeskranken Frauen mitgetheilt, welche er 1883 beobachtet hat. Bei 4 von ihnen wies die Anamnese mit Sicherheit auf Syphilis hin.

I. Frau D., eine 33jähr. Kaufmannsfrau, deren Eltern an Phthisis gestorben sind, war immer zart und schlank, aber bis zu ihrer jetzigen Erkrankung gesund gewesen. Sie hatte in angenehmen äussern Verhältnissen gelebt, sich nie Strapazen oder Erkältungen ausgesetzt. Vor 11 J. heirathete sie und gebar 1 J. später ein Kind, welches im Alter von 7 J. gestorben ist. Vor 9 J. wurde sie durch ihren Mann, welcher sich auswärts inficirt hatte, angesteckt. Es traten Schmerz in und Ausfluss aus den Genitalien, Anschwellung der Leistendrüsen auf. Der Arzt erklärte die Krankheit für Syphilis, gab Pillen und graue Salbe bis Speichelfluss eintrat. Gekränkt und gedemüthigt liess sie sich von ihrem Manne scheiden. Vor 7 J. verheirathete sie sich zum 2. Male mit einem kräftigen gesunden Manne, blieb aber kinderlos. Der Tod ihres Kindes vor 3 J. betrübte sie tief, seitdem fühlt sie sich krank. Seit 2 J. bemerkte sie Schwäche der Knie, dann der ganzen Beine, andauernde Kälte der Füsse, stechende Schmerzen in der Ferse und im Oberschenkel. Sie magerte ab, wurde schlaflos, verfiel in andauernd trübe Stimmung. Langsam und gleichmässig nahm das Leiden zu. Zur Zeit bestand typische Tabes.

II. Frau Fr., 35 J. alt, stammt aus durchaus gesunder Familie und war, wie sie selbst und ihre alte Mutter versichern, von Kind auf das Bild blühender Gesundheit. Sie hat nie Strapazen, Noth, Erkältungen erduldet. Mit 22 J. verheirathete sie sich und gebar im 1. Ehejahr ein Kind, welches nach 3 Monaten an Krämpfen starb. Im J. 1873 bemerkte sie, dass der Mann sich von ihr zurückzog und mit Arzneien hantirte. In den nächsten Jahren abortirte sie einmal. Im J. 1876 erkrankte der Mann an einer schweren Hautkrankheit. Prof. E. Wagner erklärte dieselbe für Syphilis. Es bestanden runde Geschwüre und Knoten an verschiedenen Stellen. Die Kr. selbst hat an sich nie syphilitische Symptome bemerkt, wurde überdem (1876) von Prof. Wagner untersucht und für gesund befunden. Der Mann starb 1882 plötzlich durch Schlaganfall. Sie erkrankte 1881 mit galligem Erbrechen, welches zuerst 3 Wochen lang anhielt, dann in mehrtägigen Anfällen, bes. zur Zeit der Regel, bis vor 6 Mon. wiederkehrte. Im J. 1882 trat Schwäche der Beine ein, seit 9 Mon. bestehen ruckende, blitzende, oft heftige Schmerzen in beiden Beinen und Krachen in den Kniegelenken. Der Urin fliesst zeitweise unwillkürlich ab, muss zu andern Zeiten durch Pressen entleert werden. Ref. fand typische Tabes. Nirgends Drüsenschwellungen oder sonstige Zeichen von Syphilis.

III. Frau H., 45 J. alt, aus gesunder Familie, früher kräftig und gesund. Sie lebte immer in guten Verhältnissen und heirathete einen Kaufmann, welcher einige Jahre nach der Verheirathung der Aussage des Hausarztes zufolge, an Syphilis erkrankte. Vor 13 J. abortirte sie zum 1., vor 12 J. zum 2. Mal. Ein 3. Abortus erfolgte vor 6 Jahren. Ausserdem hat die Frau 6mal geboren, aber 5 der Kinder starben bald nach der Geburt an Krämpfen. Vor 5 J. starb der Mann, obwohl er stark und kräftig gewesen war, an „Lungenschwindsucht“. Der

Kummer und die Sorge um die äussern Verhältnisse erschütterten die Frau sehr. Sie erkrankte vor 4 J. an Schwäche und reissenden Schmerzen der Beine. Seit 2 J. ist ihr Gang sehr unsicher. Sie selbst glaubt ihre Krankheit dadurch erworben zu haben, dass sie vor 6 J. ca. 1 J. lang eine „etwas dumpfige Wohnung“ innehatte, welche jedoch nach bestimmter Versicherung nicht feucht war. Deutliche Zeichen von Syphilis hat sie an sich nicht bemerkt. Typische Tabes.

IV. Frau B., 34jähr., stammte aus gesunder Familie und war bis zu ihrer jetzigen Erkrankung kräftig und gesund. Sie heirathete 1876. Ende 1876 machte der Mann eine Reise und kam krank zurück. Der Arzt erklärte, der Mann leide an Syphilis, und warnte die Frau, sie möge sich vor der Ansteckung hüten. Nichtsdestoweniger wurde der geschlechtliche Verkehr bald wieder aufgenommen u. 1877 abortirte die Frau. Ein 2. Abortus trat 1880 ein, bei demselben verlor die Kr. viel Blut und seitdem sind ihre Beine schwach und unsicher. Die Kr. sprach selbst die Vermuthung aus, sie möchte wohl durch die Krankheit ihres Mannes angesteckt worden sein, hat aber deutliche Zeichen von Syphilis ausser Defluvium capillorum nicht an sich bemerkt. Mit aller Bestimmtheit gab sie an, sich nie stärkern Erkältungen, Strapazen oder anderweiten Schädlichkeiten ausgesetzt zu haben. Typische Tabes.

V. Frau E., 33jähr., stammt aus gesunder Familie und war bis vor 5 J. vollständig gesund. Vor 14 J. heirathete sie einen anscheinend gesunden Mann, an welchem sie auch später nie Zeichen von Syphilis bemerkt haben will. Sie hat vor 13 J. ein Kind geboren, das mit 5 J. an Scharlach starb, vor 12 J. ein zweites, welches noch lebt. Auch an den Kindern sind Zeichen von Syphilis nicht bemerkt worden. Abortirt hat sie nicht. Vor 4 J. habe sie ein Geschwür am Muttermund gehabt, welches eine Hebamme behandelte, über dessen Natur sie keinen Aufschluss geben kann. Sie hat immer in guten Verhältnissen gelebt, als Ursache ihrer Krankheit betrachtet sie Erkältungen. Auf näheres Befragen weiss sie aber einer bestimmten Gelegenheit, bei der sie sich erkältet habe, sich nicht zu entsinnen. „Es muss aber doch wohl Erkältung sein.“ Seit 5 J. bestehen reissende Schmerzen in den Beinen, seit 2 J. Schwäche der Beine und Unsicherheit des Ganges, seit 1 J. Urinverhaltung und Verstopfung. Die Kr. leidet früh an Uebelkeit und hat von Zeit zu Zeit Magenschmerzen. Nachträglich gab die Kr. an, der Ehemann gestehe zwar nichts ein, sie erinnere sich aber, dass er sich nach den ersten Ehejahren für mehrere Monate von ihr zurückgezogen habe und zum Arzte gegangen sei. Zu gleicher Zeit habe sie gelbbräunliche Flecke im Betttuch bemerkt. Seitdem ist sie steril. Es war also auch hier eine gesunde Frau 8—9 J. nach der Verheirathung an typischer Tabes erkrankt. Die Infektion war wenigstens wahrscheinlich.

Seit der erwähnten Publikation hat Ref. 13 weitere Fälle von Tabes bei Frauen beobachtet. Bei 9 war die frühere Syphilis ziemlich sicher, bei 3 wahrscheinlich, nur bei 1 Pat., welche Ref. nur einmal in Gegenwart ihres Mannes untersuchen konnte, ergaben sich keine verdächtigen Umstände. Bei Jungfrauen wurde Tabes nicht beobachtet. Deutliche Zeichen von Syphilis fanden sich an den Pat. nicht, auch bei denen nicht, welche notorisch inficirt gewesen waren. Die Syphilis war durchgängig sehr mild gewesen. Das Intervall zwischen Infektion und Tabes betrug im Mittel 7 Jahre. Die Kranken waren beim Beginne der Tabes im Mittel 32 J. alt. Bei einem grossen Theile der Kranken liessen sich Gelegenheitsursachen der Tabes nicht nachweisen. Am häufigsten noch schienen puerperale Vorgänge, bes. Blutungen, diese Rolle gespielt zu haben. Nur in vereinzelten Fällen wurden starke Erkältung, Gemüthsbewegungen, neuropathische Anlage angegeben.

Nach den oben citirten Angaben Erb's und den Mittheilungen des Ref. wird man nicht behaupten können, dass die Beobachtungen an Frauen gegen die aus der Statistik hervorgehende Beziehung der Tabes zur Syphilis sprächen. Syphilis in der Vorgeschichte der Weiber ist schwer zu entdecken, weil dieselben noch mehr als die Männer sich scheuen, eine Infektion einzugestehen, und weil in sehr vielen Fällen die Infektion so wenig deutliche Folgen hat, dass die Inficirten nichts von ihr wissen und kein Zeichen sie später verräth. Unter diesen Umständen ist eine negative Anamnese ohne alle Bedeutung und sind Statistiken, welche die sogen. negativen Fälle als den positiven gleichwerthig behandeln, absolut werthlos. Trotz alledem ist bei einem grossen Theile der tabeskranken Weiber frühere syphilit. Infektion nachzuweisen. Die positiven Fälle fallen aus den angegebenen Gründen und ausserdem deshalb doppelt schwer in die Wagschale, weil bei Weibern die andern Schädlichkeiten, welche als Ursache der Tabes angesehen werden, in der Regel fehlen. Syphilis ist bei nicht prostituirten Weibern nach Fournier etwa 8—9mal seltener, als bei Männern, und das Gleiche gilt von der Tabes, ein Umstand, der nur durch den Zusammenhang beider Krankheiten verständlich wird. Wie bei Männern scheint bei Weibern die der Tabes vorausgehende Syphilis gewöhnlich sehr mild zu sein.

Einen Angriff, welchen Westphal in der oben erwähnten Sitzung der Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh. am 12. Mai gegen die Ausführungen des Ref. gerichtet hatte, hat der Letztere in einer „Vertheidigung“ eingehend zu widerlegen gesucht (Centr.-Bl. f. Nhkde. u. s. w. VII. 12. 1884).

In einer vorläufigen Mittheilung, die „Tabes d. und Syphilis“ betitelt ist, weist v. Renz (Centr.-Bl. f. Nhkde. u. s. w. VII. 17. 1884) darauf hin, dass nach seinen Untersuchungen bei allen Tabeskranken „die cutanen Verbreitungsbezirke der Aeste des sogenannten Plexus pudendo-haemorrhoidalis, sei es, was das Häufigere, insgesammt, sei es, was das Seltenere, nur in einem grössern Theile seines Verästelungsgebietes hypästhetisch sind“. Die Hypästhesie des Perinäum, des Scrotum und des Penis sei eins der ersten, wenn nicht das erste Symptom der Tabes. Diess weise auf die Geschlechtsorgane als einen der häufigsten, wenn nicht geradezu den beständigen, peripheren Einsatzort der Tabes-Noxe hin. Tabes und Syphilis haben den peripheren Einsatzort gemein, weiter nichts. Wenn durch eine auf die Geschlechtsorgane wirkende Schädlichkeit Tabes entstehen soll, müsse noch „die tabische Disposition“ hinzukommen, über welche v. R. weitere Vermuthungen ausspricht. [Erfolgt die Infektion an den Fingern, so entwickelt sich doch die Tabes in typischer Weise, wie Althaus und der Ref. beobachtet haben.]

Neuerdings hat sich bei der Magdeburger Naturforscherversammlung auch O. Berger auf Erb's

Seite gestellt (Tageblatt u. s. w. p. 262). Er berichtete zunächst über 2 charakteristische Fälle.

I. Ein 41jähr. Kaufmann mit ataktischer Tabes hatte 1865 einen harten Schanker gehabt. Trotz Quecksilberkuren traten 1870 schwere tertiäre Symptome auf, die $2^1/_2$ J. lang bestanden. Vor 4—5 J. begann die Tabes. Neuerdings recidivirte die Syphilis. Andere Ursachen der Tabes fehlten.

II. Ein *74jähr.* Schmiedegeselle kam mit Tabes, welche vor 2 J. begonnen hatte, auf B.'s Abtheilung. Im J. 1880, *also mit* 70 *Jahren*, *hatte sich der Kr. inficirt*, wie die Protokolle der Breslauer Hautklinik, wo der Kr. wegen Schanker, Roseola und Iritis behandelt worden war, auswiesen. Die spätere *Sektion* ergab typische Hinterstrangsklerose und Orchitis. *Hat man schon*, fragt B., *eine strangförmige Degeneration der Hinterstränge beobachtet*, *die erst im* 72. *Lebensjahre ihren Anfang genommen hat?*

Die Zusammenstellung von 100 neuen Fällen typischer Tabes ergab B. in $43^0/_0$ sichere sekundäre Syphilis. Das Intervall betrug durchschnittlich 8.4 Jahre. B. sagt „$43^0/_0$ sekundäre Syphilis bei Nicht-Tabischen kommt bei uns zu Lande absolut nicht vor." Doch bestehen neben der Syphilis andere bekannte Ursachen der Tabes nach wie vor zu Recht. Bei Tabeskranken mit früherer Syphilis fand B. öfter Augenmuskellähmungen, als bei andern Tabeskranken, nämlich dort in $32^0/_0$, hier in $17^0/_0$ bei Männern, dort in $25^0/_0$, hier in $18^0/_0$ bei Weibern. In 14 Fällen kam es zur Sektion, welche die Diagnose bestätigte; 5 von den betr. Kr. waren syphilitisch gewesen, Zeichen von Syphilis fanden sich nur 2mal (Orchitis duplex, s. oben, und 1mal Caries sicca oss. pariet. dextra).

R. Schulz berichtet aus dem Krankenhause zu Braunschweig (Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. p. 473. 1884) einen Fall von Tabes bei einem früher Syphilitischen, welcher durch specifische Behandlung bedeutend gebessert wurde.

Ein 38jähr. Gärtner hatte 1874 ein Ulcus molle gehabt, 1879 Kopfschmerz, Parese des linken Beins mit gesteigertem Kniephänomen und Augenmuskellähmungen, Erscheinungen, welche durch Jodkalium ziemlich geheilt wurden. Im J. 1883 begann die Tabes. Sch. fand im Juli 1883: Ataxie, Schwäche und Anästhesie der Beine, rechts Andeutung von Ptosis, Gürtelgefühl, Fehlen des Kniephänomen, mässige Retentio urinae. Jodkalium (1.5 pro die) und Sublimatinjektionen (0.01 jeden 3. Tag) wurden verordnet. Nach 22 Injektionen wurde Pat. bedeutend gebessert entlassen. Die Sensibilität hatte sich subjektiv gebessert, der Gang war sicher geworden.

Auch einige ausländische Publikationen beschäftigen sich mit der Tabes-Syphilis-Frage.

Abadie (Gaz. hebdom. XXIX. 48. Déc. 1. 1882) bringt die alten, oft gehörten Gründe gegen einen Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis, viele Kr. hätten nur weichen Schanker oder gar nur Erosionen gehabt, die Syphilis setze herdförmige Läsionen u. s. w. Ausserdem stellt er die ganz unbegründete Behauptung auf, durch die vielen Formes frustes würde der Begriff der Tabes ganz verwischt, man diagnosticire jetzt alles Mögliche als Tabes. Interessant ist nur die Bemerkung, dass A. als Augenarzt besonders darauf geachtet habe, ob durch antiluëtische Behandlung eine Besserung der beginnenden Opticusatrophie, als eines besonders günstigen Beobachtungsobjektes, zu bewirken sei. Er sah nie die geringste Besserung, wohl aber öfter rasche Verschlimmerung.

Ranse (Gaz. de Par. 14—17. 1883; vergl. L'Union 59. 60. 1883) bringt, ohne eigene Gedanken zu verrathen, die bekannten Gründe gegen die syphilit. Tabes vor.

Desplats (L'Union 137. 1882) theilte in der Soc. méd. des hôp. einen Fall von Tabes mit, in welchem antisyphilit. Behandlung Heilung bewirkte. Der zur Zeit 48jähr. Kr. hatte 1858 leichte sekundäre Syphilis, 1881 traten epileptiforme Anfälle, Ataxie, Verlust des Kniephänomens, Anästhesie der Füsse u. s. w. auf. Durch Jodkalium (3 g pro die) besserten sich die Erscheinungen, verschwanden zum Theil vollständig.

In der Sitzung der Soc. méd. des hôpitaux vom 22. Juni 1883 (Gaz. des Hôp. 73. 74. — Progrès méd. 28. 29. — L'Union 139. 1883) theilte Rendu den Fall eines 54jähr. Mannes mit, welcher mit 20 J. Syphilis acquirirt hatte, mit 40 J. an Diplopie und Amblyopie erkrankt war, dann bis zum 50. J. an Ohnmachten und Schwindelanfällen gelitten hatte, schlüsslich aber mit allen Symptomen der typischen Tabes erkrankt war. Antisyphilitische Behandlung hatte schon nach 14 Tagen eine bedeutende allgemeine Besserung bewirkt, nach 3 Mon. war die Heilung vollendet.

In der Debatte erzählte A. Robin einen ähnlichen Fall, während Rathery darauf aufmerksam machte, dass scheinbare Heilungen oft nur Remissionen sind, und Debove, gestützt auf die Befunde beträchtlicher Degeneration bei beginnender Tabes, berechtigte Zweifel an der Möglichkeit, die Tabes zu heilen, äusserte. In der nächsten Sitzung behauptete Desnos, er habe bei einem plötzlich verstorbenen Kr., der die Symptome der Tabes gezeigt habe, die Sektion gemacht und keine Degeneration der Hinterstränge, nur „congestive" Veränderungen gefunden. Cadiat habe die histolog. Untersuchung vorgenommen. Bei einem andern, früher inficirten Tabeskranken habe die specifische Behandlung zur Heilung geführt. Dujardin-Beaumetz wies auf die fast absolute Unheilbarkeit der nach Syphilis auftretenden Tabes hin, im Gegensatz zur relativ leicht heilenden Gehirnsyphilis. Debove bezweifelte, dass Desnos' Fall wirkliche Tabes gewesen sei, die Krankheit habe sich in ihm akut entwickelt. Ferner sprachen sich Guyot und Vidal gegen die syphilit. Aetiologie der Tabes aus.

Dujardin-Beaumetz erklärte sich ferner bei Besprechung der von Galezowski empfohlenen *Goldbehandlung* der tabischen *Opticusatrophie* gegen die syphilitische Tabes (Bull. de la Soc. de Thér. XV. 7. p. 54. Avril 30. 1883). Gueneau de Mussy wollte der Syphilis nur eine untergeordnete Rolle zuerkennen. Beide haben trotz energischem Vorgehen und bei frischer Tabes nie

gute Wirkungen der specifischen Behandlung gesehen. Dally und Martineau wiesen darauf hin, dass überhaupt die Mehrzahl der Männer syphilitisch sei [!], wenigstens in gewissen Gesellschaftsschichten. Die Zahl der syphilit. Weiber vermehre sich immer mehr (1881 in der Lourcine 2200), ein Weib aber stecke viele Männer an. Manche syphilit. Weiber hätten Martineau mitgetheilt, dass sie 100—150mal wöchentlich cohabitirten.

Einzelne Fälle von *Tabes nach Syphilis* haben Dubuc (L'Union 35. p. 332. 1883) u. Brodeur (Progrès méd. XI. p. 50—53. 1883) mitgetheilt.

Im letztern hatte der in Baccho und Venere excedirende Kr. nur einen weichen Schanker mit Bubonen gehabt. Die Symptome waren lancinirende Schmerzen, Ataxie, Krisen des Kehlkopfs, Magens, der Blase und des Darms, Incontinenz, unstillbares Erbrechen, Sensibilitätsstörungen, Verlust der Sehnenreflexe, complete Amaurose, Ausfallen der Zähne gewesen. Der Tod war plötzlich eingetreten. Die *Sektion* hatte Pachymeningitis haemorrhag., Ablösung der Retina und Degeneration der Hinterstränge ergeben.

Thompson Forster (Lancet II. 6. p. 233. Aug. 9. 1884) theilt folgenden Fall mit, welchen er 20 J. lang beobachtet hat.

Ein gesunder Mann bekam 1862 harten Schanker mit indolenten Bubonen und nach 4 Mon. Halsaffektion. Nach 4monatl. Behandlung mit Hg und Jod traten syphilitische Symptome nicht wieder auf. Im J. 1865 Verheirathung mit einem gesunden Mädchen. Dasselbe bekam nach einigen Monaten Ulcera in der Vulva, im Hals, kupferfarbigen Hautausschlag und abortirte; 1866 Geburt eines 7monatl. syphilit. Kindes; 1868 plötzlicher Tod der Frau. Im J. 1872 2. Verheirathung mit einem gesunden Mädchen. Dasselbe erkrankte an kupferfarbigem Ausschlag und abortirte nach 6 Monaten; 1876 wurden beide Eheleute mit Hg und Jod 2 Mon. lang behandelt. Im J. 1878 Geburt eines 4monatl. Kindes; 1880 Geburt eines ausgetragenen gesunden Kindes; 1881 that der Mann einen Fall und einige Monate später traten Tabessymptome auf. Im nächsten Winter Taubheit der Finger, Gehstörung, Fehlen des Kniephänomen, Erschwerung der Sprache u. s. w. Im nächsten Herbst starb der Pat., nachdem er längere Zeit geisteskrank gewesen war.

Shingleton Smith (Brit. med. Journ. Nov. 4. 1882) theilt 2 Fälle ausführlich mit, die nichts Besonderes bieten. Im 1. war Syphilis vorausgegangen. Im andern wurde eine 58jähr. Frau durch Jodkalium wesentlich gebessert, später bewies Psoriasis palm., dass Syphilis vorlag. S. spricht sich für den syphilit. Ursprung der Tabes aus.

Dr. Birdsall (Journ. of nerv. and ment. dis. N. S. VIII. 3. p. 522. July 1883) will von letzterem nichts wissen. Er hat unter 42 Tabeskranken nur 4 mit Syphilis gefunden und hegt allerhand Bedenken gegen die statistische Methode. G. M. Hammond (Ibid. p. 507) berichtet 1 Fall von Tabes, in dem durch antisyphilit. Behandlung nebst Faradisation und Brennen der Rückenhaut Heilung erzielt wurde. Ataxie und Anästhesie schwanden, das Kniephänomen kehrte zurück.

Leonard Weber (New York med. Record XXV. 14. p. 370. April 5. 1884) erörtert den bisherigen Verlauf der Streitfrage und kommt schliesslich zu folgenden Sätzen. 1) Der Beweis, dass die Syphilis die direkte Ursache der typischen Tabes ist, ist bisher nicht geliefert. 2) Dagegen ist hinreichend bewiesen, dass die Syphilis bestimmte Läsionen im Rückenmarke und dessen Häuten bewirkt. Diesen Läsionen entspricht oft das Bild einer atypischen Tabes. Solche Kr. werden in der Regel durch eine frühzeitige und energische specifische Behandlung gebessert, aber selten geheilt. 3) Die Erfahrung lehrt, dass um so eher Syphilis des centralen Nervensystems auftritt, je leichtfertiger und kürzer die Behandlung gewesen ist. 4) Da Syphilis des centralen Nervensystems fast nie vollständig geheilt wird, ist eine frühzeitige und ausdauernde Behandlung der Infektion besonders nothwendig und es ist Pflicht des Arztes, den Pat. zu einer solchen anzuhalten. 5) Eine zweckmässig ausgeführte Schmierkur mit grauer Salbe ist die beste Behandlungsweise der Syphilis.

Unter 134 Kr. mit Syphilis fand W. 18 mit Symptomen von Seiten des centralen Nervensystems, 8 hatten nur Hirnerscheinungen, 5 cerebrospinale Symptome und 5 nur spinale. Tabes hat W. 17mal beobachtet, 3mal war sicher Syphilis „die hauptsächlichste, prädisponirende Ursache", 2mal wahrscheinlich.

An W.'s in der Academy of Med. zu New York gehaltenen Vortrag schloss sich eine längere Debatte an. W. Amidon wollte von der Statistik nichts erwarten. Die pathol.-anatom. Untersuchung müsse entscheiden, sie spreche aber nicht für die syphilit. Natur der Tabes. Aehnliches brachte Taylor vor. Birdsall schloss sich Weber an. Otis dagegen stellte sich auf Erb's Standpunkt. Spitzka hat in $^2/_3$ seiner Tabesfälle Syphilis gefunden, er wies die Berufung auf die pathol. Anatomie zurück.

E. C. Seguin (Arch. of Med. XII. 1. p. 71. 1884) berichtet über 75 Tabesfälle aus seiner Privatpraxis. Syphilis wurde erwähnt in 54 F., nicht erwähnt in 21. Von jenen 54 war bei 15 angegeben, dass Schanker oder Syphilis nicht bestanden habe, bei 39, dass Schanker oder Syphilis bestanden habe. Unter diesen 39 wieder hatten 23 nur Schanker gehabt, 16 auch sekundäre Syphilis. Wenn nur die auf Syphilis geprüften Fälle in Betracht gezogen werden, findet S. 72.22% Syphilitische, 29.63% mit sekundärer Syphilis. Da auf einfachen Schanker oft genug nichtsystematische Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten folgen, glaubt S. auch zwischen Tabes und blossem Schanker Beziehungen annehmen zu sollen.

Im Anschlusse an Seguin's Statistik wurden in der American Neurol. Association (Journ. of nerv. and ment. dis. IX. 3. p. 505. 1884) hauptsächlich folgende Bemerkungen gemacht.

Birdsall fand unter 42 Hospitalkranken mit Tabes 4 mit früherer Syphilis.

Nach Amidon zählte Webber unter 37 Tabeskranken, welche von 62 auf Syphilis geprüft wor-

den waren, 20 mit Syphilis, 7 mit sekundären Symptomen. Das Intervall betrug 1mal weniger als 2 J., 1mal 3, 1mal 4 J., sonst 10—19 Jahre. Excesse in Venere wurden 6mal angegeben, Erkältung 15mal unter 62 Kranken.

Spitzka hat (unter 61 Kr.) 80% Syphilitische, 1mal wurde durch specifische Behandlung Heilung erzielt.

Rockwell hat unter 44 Privat-Kr. 17 Syphilitische, unter 6 Weibern 2. Ausser jenen 17 fand er später noch bei andern Syphilis. Er hält letztere für den wichtigsten ätiolog. Faktor und glaubt, dass fast alle Tabeskranken inficirt gewesen sind.

Putnam hat 49% (unter 34 Kr.), er fand specifische Behandlung immer wirkungslos.

L. Weber verwies auf seine eben erwähnten Angaben.

In ausführlicher Weise hat endlich J. Althaus die Tabes-Syphilisfrage behandelt (Brit. med. Journ. May 24. 31. 1884). Er weist zunächst darauf hin, dass gewisse Gifte Degeneration bestimmter Rückenmarksfasern verursachen können, und schildert die Ergotin-Tabes Tuczek's, sowie die spastische Spinallähmung durch Lathyrus cicer. In ähnlicher Weise sei die Wirkung des Syphilisgiftes zu verstehen. In der weitaus grössten Zahl der Fälle ging der Tabes Syphilis voraus. A. verweist auf seine frühern Angaben (Jahrbb. CXCVI. p. 66). Seitdem hat er 34 neue Tabesfälle beobachtet, darunter 28 mit früherer Syphilis. Im Ganzen hat er 86.5% positive Fälle. A. stellt die anderweit veröffentlichten Statistiken zusammen und zeigt, dass sämmtliche Beobachter bei den Tabeskranken mehr Syphilitische fanden, als man nach Erb u. Bernhardt unter anderweiten Kranken findet. Ferner theilt A. eine Reihe instruktiver Fälle mit, wo trotz anfänglichem Leugnen der Pat. u. s. w. sich Infektion nachweisen liess. Er bestätigt, dass die Syphilis meist mild gewesen ist, doch theilt er auch Fälle mit, wo sie in intensiver und hartnäckiger Weise aufgetreten war. In einem Falle folgte die Tabes einer Infektion am Zeigefinger. A. sucht die Einwände der Gegner eingehend zu widerlegen, in derselben Weise wie Erb es gethan hat. Als Intervall fand er meist 6—10 J., in Ausnahmefällen 1 J. und 17 Jahre. Als Hülfsursachen bezeichnet er, unter Mittheilung bezeichnender Fälle, in erster Linie die Erkältung, dann Ueberanstrengung, Trauma, geschlechtliche Excesse, wenig Bedeutung legt er dem Missbrauch des Tabaks, des Alkohols und vorausgehenden akuten Infektionskrankheiten bei. Auch die Rolle der Erblichkeit ist nach A. bei Tabes nicht gross. Das Alter der Kr. beim Beginne der Tabes betrug meist 30—50 Jahre. Unter 51 F. begann die Tabes zwischen 20 und 29 J. in 9 F., zwischen 30 und 39 J. in 18 F., zwischen 40 und 49 J. in 13 F., zwischen 50 und 59 J. in 10 F., mit 60 J. in 1 Fall.

Dass von verschiedenen Seiten immer und immer wieder gegen den Zusammenhang von Tabes und Syphilis Widerspruch erhoben wird, muss befremden. Durch Fournier's und Erb's Statistiken und durch des Letztern Gegenprobe ist dieser Zusammenhang bewiesen, so gut sich in Erfahrungssachen etwas beweisen lässt. Negative Statistiken können jene positiven Ergebnisse nie ungültig machen und wenn ihrer noch so viele wären. Denn dass zu wenig Fälle mit Syphilis sich ergeben können, liegt auf der Hand, ja aus der Natur der Dinge ergiebt sich, dass man nie alle Fälle früherer Infektion entdecken wird, dass demnach immer die Procentzahl der Inficirten zu niedrig sein muss. Dass aber bei einer Statistik zuviel Fälle von früherer Infektion gezählt werden, ist sehr unwahrscheinlich, wenn es auch hier und da vorkommen mag, dass ein Syphilidophobe eine Erosion für einen Schanker ausgiebt. Will man nicht annehmen, dass die Mehrzahl der Kranken Fournier's und Erb's sich ihre Syphilis eingebildet habe, was ein Verständiger kaum thun wird, so sieht Ref. nicht ein, wie man sich der Beweiskraft der von jenen Autoren gegebenen Zahlen entziehen will. Ausser der Statistik sprechen für einen Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis die Thatsachen, dass Tabes nie vor dem Alter der Reife, fast nie im Greisenalter auftritt (Erb fand bei auffallend spätem Beginn der Tabes auffallend späte Infektion, s. oben Fall Berger's), dass Tabes in den Gesellschaftsschichten am häufigsten ist, in denen die Syphilis es ist, dass, wie oben hervorgehoben, Tabes und Syphilis bei Frauen, besonders denen der obern Stände, gleichmässig selten sind, dass nachgewiesener Maassen Tabes durch Gift (Ergotin) entstehen kann. Endlich spricht für jenen Zusammenhang die Schwächlichkeit der von den Gegnern beigebrachten Argumente. Dieselben berufen sich zum Ersten auf die pathologische Anatomie. Durch dieselbe wird nur bewiesen, dass die Tabes kein Gummi ist. Die Tabes-Statistik aber zeigt eben, dass die Syphilis auch noch andere Veränderungen als Gummata und Bindegewebssklerosen bewirken kann. Jene berufen sich zum Andern auf die Erfolglosigkeit der antisyphilitischen Therapie bei Tabes. Von dieser ist der Ref. auch überzeugt, sie beweist aber ebenfalls nur, dass die Tabes nicht auf einer Stufe mit den sogenannten sekundären und tertiären Syphilissymptomen steht. Wer beweist denn, dass alle Folgen der Syphilis durch Quecksilber und Jod zu beseitigen sind? Alles, was bisher von der Tabes gesagt ist, gilt wahrscheinlich genau ebenso von der progressiven Paralyse. Ob nicht auch gewisse Erkrankungen der Nieren, der Leber u. s. w. ähnlich zu beurtheilen sind, steht dahin.

Sicher ist die Syphilis eine Bedingung der Tabes, welche mit andern, als da sind individuelle Disposition, Kältewirkung, Ueberanstrengung, den Eintritt derselben bewirkt. Ist sie aber die Conditio sine qua non? Muss sie in jedem Falle der Tabes vorausgehen oder ist sie eine subordinirte Bedingung, welche durch andere vertreten werden kann? Bis

jetzt kennen wir ausser der Syphilis nur eine Veränderung, welche ihr ebenbürtig zu sein scheint, die Ergotinvergiftung. Nehmen wir an, dass durch die letztere wirklich typische Tabes entstehe, so ist die nächstliegende Annahme die, zu sagen, Conditio sine qua non der Tabes ist eine Vergiftung des Organismus, von den wirksamen Giften kennen wir 2, das Syphilisgift und das Ergotin, es ist möglich, dass auch andere Gifte, eventuell die mancher Infektionskrankheiten, hierher zu rechnen sind.

Ob das Gift ein chemisches oder ob es an Bakterien geknüpft sei, ist offenbar eine Frage untergeordneter Bedeutung. Dass verschiedene Gifte dieselbe Krankheit bewirken, hat nichts Auffallendes. Wir wissen, dass Degeneration peripherer Nerven sowohl durch Blei, als durch Arsen, als durch Alkohol, als durch Infektionskeime entstehen kann. Dagegen anzunehmen, dass Tabes bald durch Syphilisgift, bald durch Ueberanstrengung u. s. w. entstehe, erscheint irrationell. Muss man ausser der Syphilis noch andere Hauptbedingungen der Tabes annehmen, so ist es vernünftig, dieselben in eben der Klasse von Schädlichkeiten zu suchen, der die Syphilis angehört. So wäre es ja denkbar, dass dieselbe Infektionskrankheit durch mehrere Bakterienarten entstände, nicht aber, dass sie entweder durch Bakterien, oder durch Erkältung, oder durch Diätfehler entstände, wiewohl letztere Momente den Eintritt der Krankheit erleichtern oder beschleunigen können. Den Diätfehlern etwa bei der Cholera, wären bei der Tabes die Erkältungen, Ueberanstrengungen u. s. w. gleichzustellen. Sie sind, wie man sich wohl auch ausdrückt, Gelegenheitsursachen. Die Causa prima aber ist eine Vergiftung, in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle die Syphilisvergiftung. Sollte die Ergotintabes nicht typische Tabes sein, so wäre es rationell, bis auf Weiteres für alle Fälle die Syphilis als Causa prima anzusehen. Damit wird die Tabes nicht zu einem Symptom der Syphilis gemacht, sondern sie bleibt eine selbstständige Krankheit, deren anatomischer Charakter, deren Verlauf und deren Verhalten gegen therapeutische Einflüsse andere sind, als bei der Syphilis.

b) *Erblichkeit.*

Ref. hat wohl zuerst nachdrücklich darauf hingewiesen, dass die Tabes insofern mit den Neurosen im Gegensatz steht, als bei ihr die hereditäre Belastung eine sehr geringe Rolle spielt. Er fand unter 61 Fällen nur einen, in dem ein Familienglied an Tabes gelitten hatte, nur 6, wo anderweite Nervenkrankheiten (Lähmung, Epilepsie, Nervosität) in der Familie vorgekommen waren (Ueber heredit. Nervenkrankheiten: *Volkmann's* klin. Vortr. Nr. 171. p. 1507. 1879). Auch Erb hat neuerdings (8. Wanderversamml. der südwestdeutschen Neurologen; vgl. Neurol. Centr.-Bl. II. 13. 1883) betont, dass die direkte Heredität für die typische Tabes so gut wie gar keine Bedeutung habe, dass eben so wenig die neuropathische Belastung häufig vorkomme. In 16 Fällen von 24 fehlte die letztere vollständig. Aehnlich spricht sich Strümpell aus (vgl. oben).

Von französischer Seite jedoch ist neuerdings das Gegentheil behauptet worden. Charcot (Arch. gén. Sept. 1883. p. 368) berichtete in der Acad. de méd., dass in Beantwortung der Preisfrage nach den Ursachen der Tabes *(Prix Civrieux)* die beste Arbeit sich dahin ausgesprochen habe, die erbliche Anlage sei die Hauptsache, alle andern ätiolog. Momente, Syphilis, Ueberanstrengung u. s. w., kämen erst in zweiter Reihe. Féré hat in einer Arbeit: Sur la famille névropathique (Arch. de Neurol. VII. 19. p. 37. 1884) unter Hinweis auf eine noch nicht veröffentlichte Abhandlung über die Ursachen der Tabes von Ballet u. Landouzy behauptet, die Hauptursache der Tabes sei die Heredität und hat 21 Fälle von Tabes kurz angeführt, in denen Familienglieder an nervösen Affektionen gelitten hatte. Zweimal hatten Brüder an Tabes gelitten, in den übrigen Fällen waren progressive Paralyse, Epilepsie, Melancholie u. s. w. in der Familie vorgekommen. Eine derartige Aufzählung kann natürlich nicht viel beweisen, da nicht gesagt ist, aus wie viel Fällen diese 21 ausgewählt sind und welche anderweiten Krankheitsursachen bei denselben bestanden.

Ballet und Landouzy selbst haben in der Soc. méd.-psychol. am 12. Nov. 1883 (Arch. de Neurol. VII. 20. p. 259. 1884 und Ann. méd.-psychol. etc. 6. Sér. XI. p. 29. 1884) über ihre Untersuchung berichtet. Sie sammelten 138 Fälle von Tabes, von denen sie nur 10 oder 12 nicht selbst untersuchten, bez. ausfragten. Es ergab sich:

1. Statistik, 101 Fälle.	Keine bekannte Ursache oder andere Ursachen als Syphilis u. Erblichkeit	52
	Sichere Syphilis	14
	Wahrscheinliche oder mögliche Syphilis	11
	Sichere „nervöse Erblichkeit“	17
	Wahrscheinliche Erblichkeit	7
2. Statistik, 37 Fälle.	Keine bekannte Ursache oder andere Ursachen als Syphilis u. Erblichkeit	9
	Syphilis	10
	Erblichkeit	12
	Erblichkeit und Syphilis zusammen	6
Ergebniss beider Statistiken.	Keine sichere Ursache	61
	Sichere Syphilis allein	21
	„Nervöse Erblichkeit“ allein	28
	Syphilis und Erblichkeit zusammen	7
	Sichere Syphilis, wahrscheinliche Erblichkeit	3

[In dem Ergebniss beider Statistiken sind 17 Fälle unberücksichtigt geblieben.]

Die Vff. bemerken, dass sie als Syphilis auch die Fälle bezeichnet haben, wo nur ein oder einige Schanker angegeben wurden und Reste von Syphilis sich nicht fanden. Frühere Syphilis werde verschwiegen, aber erbliche Belastung wohl noch eher. Wenn also die Statistik fehlerhaft sei, so sei sie es zu Gunsten der Syphilis.

Als weitere Stützen ihrer Ansicht führen die Vff. die bekannten Angaben von Trousseau u. Carré über Vererbung der Tabes an, ferner die Thatsache, dass sich bei Tabeskranken oft anderweite nervöse Erkrankungen (besonders Psychosen) finden. Sie

wollen nicht leugnen, dass Erkältung, Excesse, Syphilis ätiologische Bedeutung für die Tabes haben, die Hauptursache aber sei die „nervöse Erblichkeit“, sie sei ausreichend und vielleicht nothwendig.

Ref. ist zu folgender Anschauung gelangt. Neuropathische Belastung allein ist unfähig, Tabes zu erzeugen, denn eine Krankheit, welche einmal durch Syphilis bewirkt wird, ist offenbar nicht das andere Mal eine Transformation funktioneller Neurosen. Wenn aber ein Belasteter syphilitisch wird, möglicher Weise auch wenn er sich den andern sogen. Tabesursachen (Erkältung, Trauma) aussetzt, so ist er mehr von der Tabes bedroht, als ein anderer Syphilitischer oder ein anderer Erkälteter. Bei neuropathisch Belasteten ist das Nervensystem Locus minoris resistentiae, die Luës vermag ihm gefährlicher zu werden, als dem Gehirn u. Rückenmark des Robusten. Die erbliche Anlage weist so zu sagen der Krankheitsursache den Weg zum Nervensystem. Ref. (Ueb. nervöse Familien: Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XL. 1 u. 2. p. 228. 1883) hat die Stammbäume von 5 neuropathischen Familien veröffentlicht; nur in einer Familie kamen Tabes und progressive Paralyse vor, nur in dieser einen war Syphilis nachweisbar (d. h. die an Tabes oder Paralyse Erkrankten waren syphilitisch gewesen).

c) *Anderweite ätiologische Momente.*

Charpentier (Revue d'Hyg. V. 3. p. 244. Mars 20. 1883) hat Symptome der Tabes (lancinirende Schmerzen in den Beinen und Ataxie, Rückenschmerz, Gürtelgefühl, gastrische und intestinale Krisen) bei einem 27jähr. Taucher gesehen, welcher beim Tauchen einen Unfall erlitten hatte. Der bis dahin gesunde Pat. war in einem seit längerer Zeit nicht gebrauchten Taucheranzuge hinabgestiegen. Nachdem er wenige Minuten unter Wasser gewesen, empfand er ein Würgegefühl am Halse und verlor das Bewusstsein. Er wurde asphyktisch heraufgezogen, blieb 3 Wochen bewusstlos und war dann ganz gelähmt. Es zeigte sich, dass der Taucheranzug in der Halsgegend einen Riss bekommen hatte.

Es handelt sich bei derartigen Fällen wohl nicht um echte Tabes, sondern um diffuse Myelitis, ähnlich wie bei den Caissonarbeitern.

Unter dem Titel „Tabes im Kindesalter“ sind einige Fälle veröffentlicht worden (Leubuscher: Berl. klin. Wchnschr. XIX. 39. 1882; W. Jacubowitsch, Jeschenend klin. Gas. 1883. Nr. 14. Ref.: Jahrb. f. Kinderhkde. XX. 4. p. 510. 1883) Es ist wohl kaum nöthig, hervorzuheben, dass es sich da nicht um echte Tabes handelt. In Leubuscher's Falle lag vielleicht, wie der Vf. will, ein Fall heredit. Ataxie vor. In Jacubowitsch's Falle (10jähr. Knabe, vor $1^1/_2$ J. Pachymeningitis. Danach Taubheit. Seit 1 Mon. neuralg. Schmerzen in Kopf und Beinen. Sprachstörung, Schwäche, besonders der etwas atrophischen Beine, Gang etwas ataktisch, allgemeine Anästhesie, Kniephänomen rechts geschwunden, links schwach. Nach 2 Mon. Besserung) ist vielleicht eine Ataxie nach akuter Infektionskrankheit anzunehmen.

So wenig wie im Kindesalter pflegt typische Tabes im eigentlichen Greisenalter zum Ausbruche zu kommen (vgl. den oben citirten interessanten Fall Berger's von Tabes bei einem Greise). Wird im höhern Lebensalter ein tabesähnliches Krankheitsbild beobachtet, so kann unter Umständen die Diagnose schwierig sein, da einige senile Veränderungen tabische Symptome vortäuschen können. Ref. hat nachgewiesen (Centr.-Bl. f. Nhkde. u. s. w. VI. 10. 1883), dass im Greisenalter eine bis zum Erlöschen gehende Abschwächung des Kniephänomens vorkommt, er hat ferner gezeigt, dass die Pupille des Greises nicht nur eng, sondern auch oft mehr oder weniger starr wird (a. a. O. 15). Wann zuerst diese senilen Veränderungen sich zeigen, ist bisher nicht mit Sicherheit zu sagen, es ist wohl möglich, dass sie gelegentlich relativ frühzeitig auftreten können. Sie können zusammen vorkommen, sie können ferner mit rheumatischen Schmerzen, Gehschwäche, Blasenstörungen u. s. w. combinirt sein und es ist wohl denkbar, dass so das Bild einer beginnenden Tabes entsteht, wo von wirklicher Tabes nichts vorhanden ist.

3) *Symptomatologisches.*

a) *Störungen der Sensibilität und der Reflexe.*

C. W. Müller (Berl. klin. Wchnschr. XX. 31. 32. 1883) bespricht das *Gürtelgefühl* und die von ihm demselben gleichgestellten *Druck-* und *Pressgefühle* bei Tabes und andern Nervenkrankheiten. Er ist der Ansicht, dass diese Gefühle der Ausdruck einer vasomotorischen Reizung sind. „Die durch die Contraktion der Gefässe erzeugte geringere Blutfülle, welche sich durch ein objektives und subjektives Kältegefühl kundgiebt, die Austrocknung der Gewebe, die effektive Zusammenschrumpfung und Verkleinerung derselben erzeugen für die den Drucksinn vermittelnden Nervenapparate ganz die gleiche Einwirkung wie irgend ein von aussen drückendes, schnürendes, einengendes, spannendes Objekt.“ Die Ausdehnung des Gürtelgefühls erklärt sich durch „die Innervation der Blutgefässe vom Centrum aus in cirkularer Weise“. Gürtelgefühle an den Extremitäten können nur durch centrale Erkrankung entstehen. Nur da, wo die Gefässe in horizontaler Ebene mit dem Körperquerschnitte parallel verlaufen, also am Rumpfe, kann auch periphere Erkrankung Gürtelgefühl bewirken. Am Schlusse erwähnt M. einen Tabeskranken mit schweren gastrischen Krisen. Vor jedem Anfalle entstand ein subjektives und objektives starkes Kältegefühl an Schultern, Armen und oberer Rumpfhälfte, dann Globusgefühl und zugleich Gürtelgefühl um die untere Thoraxhälfte. Bald folgte Uebelkeit, Würgen und Erbrechen.

C. A. Ewald machte in der Berliner physiol. Gesellsch. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1883. p. 455) eine Mittheilung über den Eintritt *der Reflexzuckungen nach verschieden temperirten*

Reizen auf Fussrücken, bez. Fusssohle, bei Tabeskranken mit verlangsamter Reflexerregbarkeit. Danach ergab sich, dass in einer grossen Zahl von Versuchen (aber nicht in allen und nicht bei allen Versuchspersonen) die Latenz bis zum Eintreten des Reflexes kürzer war bei der Temperatur von 0.5° C. als bei solcher von 50—60°. Als Reiz dienten entweder die auf die betreffende Temperatur gebrachte Cuvette eines *Eulenburg*'schen Thermästhesiometer oder in Eis-, bez. warmes, Wasser getauchte Compressen. Dabei ist zu bemerken, dass zu Folge der niedrigen Temperatur der Fusssohle die Temperaturdifferenzen zwischen dieser und der jeweiligen Reiztemperatur niedriger sind bei 0.5 als bei 50—60°, die grössere Temperaturdifferenz also nicht den schnellern Eintritt des Reflexes bedingt.

Mendelssohn (Acad. des sciences, Gaz. hebd. 2. S. XXI. 10. p. 160. 1884; Petersb. med. Wochenschr. N. F. I. 7. 1884) hat die *elektrische Reaktion der sensibeln Nerven* bei Tabes geprüft. Bekanntlich lässt sich am Gesunden ein dem Zuckungsgesetz entsprechendes Erregungsgesetz am sensibeln Nerven auffinden, die excentrische Empfindung tritt zuerst bei KaS, dann bei AnOe und bei AnS, endlich bei KaOe ein. Diess fand zunächst auch Mendelssohn. Sodann untersuchte er 32 Kr. mit vorgeschrittener Tabes. Bei 21 zeigten sich erhebliche Sensibilitätsstörungen und bei 9 fand M., dass AnSE > KaSE (E-Empfindung) war. Bei 2 von diesen 9 trat auch bei stärksten Strömen weder bei AnOe, noch bei KaOe eine Empfindung auf und 3 von ihnen empfanden überhaupt nur AnS. Stärkere Ströme waren in allen Fällen nöthig.

Auch die Qualität der Empfindung war bei diesen Kranken mit überwiegender AnSE abnorm. So verursachte z. B. bei einem Kranken AnS das Gefühl von Brennen, KaS dagegen Stechen. Verschiedene Störungen, wie Verlangsamung der Empfindung, abnorm lange Dauer derselben u. s. w., waren deutlicher und auffallender bei AnS als bei KaS.

M. stellt seine Befunde der Entartungsreaktion zur Seite und hofft, dass man nähere Beziehungen zwischen ihnen und den Alterationen der peripheren sensibeln Nerven feststellen werde.

Ph. Zenner (Journ. of nerv. and mental dis. N. S. IX. 2. p. 242. 1884) berichtet über einen Fall, wo eine Anzahl tabischer Symptome bestand, das *Kniephänomen* aber gesteigert war und ziemlich rasch sich Lähmung und Atrophie des linken Armes ausgebildet hatten. Er betrachtet den Fall nicht als Tabes und will diese nur diagnosticiren, wenn das Kniephänomen fehlt.

Ueber *Anfälle von Muskelschmerzen* (Crises de courbature musculaire) im Beginne der Tabes berichtet A. Pitres (Progrès méd. XII. 28. p. 559. 1884). Ein Gefühl von Ermüdung, wie es jeder nach den ersten Reitversuchen, nach anstrengenden Bergtouren u. s. w. erfahren hat, befällt die Beine und besonders die Lendenmuskeln plötzlich, ohne bekannte Ursache, dauert einige Stunden oder Tage an und verschwindet dann wieder plötzlich. Der Anfall kann sich mehrmals an einem Tage wiederholen oder erst nach Tagen oder Wochen wiederkehren. Die nicht eigentlich schmerzhafte, aber äusserst peinliche Empfindung kann so stark sein, dass sie robuste Leute zwingt, sich niederzulegen, bis der Anfall vorüber ist. Solche Anfälle können Jahre lang auftreten, ohne dass ein weiteres Krankheitssymptom bestände. Später hören sie auf und nun beginnt die Tabes. P. hat solche Anfälle 3mal beobachtet bei Männern, welche später mit tabischen Symptomen erkrankten. Er theilt die betreffenden Krankengeschichten mit. Seiner Ansicht nach sind die Anfälle den sonstigen Tabeskrisen gleichzustellen und als ein Leiden der sensibeln Muskelnerven zu betrachten.

b) *Augensymptome.*

Ueber *die Augenstörungen bei Tabes dorsalis* handelt Dr. L. Schmeichler in Wien (Arch. f. Ahkde. XII. p. 451. 1883).

1) *Sehnervenleiden.* Schm. theilt von 10 F. von Atrophia nervi optici bei Tabes die Krankengeschichten mit, welche einen kurzen Augenbefund enthalten, im Uebrigen wenig significant sind. In Fall 10 ist die Diagnose zweifelhaft. Immer waren beide Augen, und zwar in verschiedener Intensität, erkrankt. Der Augenspiegelbefund war von Beginn an charakteristisch. Das Wesentliche an ihm ist die Verfärbung der Papille, welche weissgrau, weissbläulich, weissgrünlich, nicht rein weiss ist. Ihre Contouren sind scharf. Im Beginne des Processes sind die Gefässe nicht verändert. In spätern Stadien sieht man zuweilen eine oder einige erweiterte Venen. Die Sehschärfe ist der Veränderung der Papille nicht proportional, bei gleichem ophthalmoskop. Befund ist sie auf beiden Augen oft sehr verschieden. Im Anfange sinkt die Sehschärfe rasch, während später der Rest lange erhalten bleibt und gewöhnlich erst nach Jahren vollständige Amaurose eintritt. Das Gesichtsfeld ist stets concentrisch eingeengt, die Atrophie befällt alle Fasern gleichmässig und die periphersten Partien der Netzhaut, die schon im gesunden Zustande eine geringe Sehkraft haben, werden schon bei Beginn des Leidens funktionsunfähig. Stets leidet die Farbenempfindlichkeit, erst schwindet nach Schm. Grün, dann Roth, dann Gelb, endlich Blau, entsprechend der Fähigkeit der Farben, die Netzhaut zu erregen. Die Tabeskranken klagen immer über Nebel, der allmälig dichter wird. Eigenthümlich ist die Hoffnungsfreudigkeit derselben. Mit Recht hebt Schm. hervor, dass die neuerdings aufgestellte Ansicht, nach welcher die spinale Erkrankung auf vasomotorischem Wege die Opticusatrophie verursacht, ganz unhaltbar ist. Der anatomische Process bestehe in einer degenerativen Atrophie erst der Markscheiden, dann der Achsencylinder [?]. Dadurch erkläre sich, dass, wenn schon die Atrophie sichtbar sei, doch vermöge der noch bestehenden Achsencylinder das Sehvermögen nicht wesentlich vermin-

dert zu sein brauche. Alle gegen die Atrophie gebrauchten Mittel haben nur moralische Wirkung.

2) *Pupille.* Schm. hat bei Tabes nie eigentliche Mydriasis gesehen. Bei Myosis brauche die durch Atropin erweiterte Pupille 4—5 Wochen, um wieder eng zu werden. Ganz unbewiesen ist Schm.'s Behauptung, dass von allen Störungen der Pupillen Ungleichheit derselben am häufigsten sei. Die 5 mitgetheilten Krankengeschichten lehren nichts wesentlich Neues. Das Fehlen der Pupillenverengerung bei Lichteinfall will Schm. aus der allgemeinen Herabsetzung der Erregbarkeit des Nervensystems bei Tabes erklären [?]. Das Fehlen der reflektorischen Pupillenerweiterung wird nicht genügend berücksichtigt.

3) *Augenmuskeln.* Zwei Fälle gewöhnlicher Augenmuskellähmung bei Tabes. Schm. versucht, eine Erklärung des Zustandekommens dieser Lähmungen zu geben. Die Art. vertebr. versorge zugleich die Hinterstränge und die Stammganglien der Augenmuskeln. Nun komme bei Tabes nicht nur um die absteigenden Aeste, sondern in „sanfterer Weise" [?] auch um die aufsteigenden Aeste ein Sklerosirungsprocess zu Stande u. s. w. Die Hypothese ist nicht einladend, näher auf dieselbe einzugehen.

Gowers sprach vor der Ophthalmol. Gesellsch. zu London (Med. Times and Gaz. June 16. 1883. p. 660. 684. — Lancet I. 24. 25; June 16. 23. 1883) über *die Beziehungen der Atrophia n. opt. und der Lähmung der innern Augenmuskeln zu Rückenmarkskrankheiten, insonderheit der Tabes.* Jene beiden Symptome sind der spinalen Affektion coordinirt, nicht Wirkungen derselben. Beide sind stets das Resultat degenerativer Processe und ihr Vorhandensein beweist die degenerative Natur der spinalen Erkrankung. Bei 15% seiner Tabeskranken fand G. Sehnervenatrophie. Sie hatte sich fast immer im 1. Stadium der Krankheit entwickelt. Ob sie allen andern Symptomen vorausgehen könne, lässt G. dahingestellt. Jedenfalls ist ihm kein Fall bekannt, in dem sie dem Verlust des Kniephänomen oder den lancinirenden Schmerzen vorausgegangen wäre. Doch habe auch er beobachtet, dass sie 15, ja 20 Jahre eher als die Ataxie aufgetreten sei. Es ist G. aufgefallen, dass oft bei frühzeitig beginnender Opticusatrophie diese rasche Fortschritte machte, während im Uebrigen die Krankheit sich äusserst langsam entwickelte, dass umgekehrt die erst spät auftretende Opticusatrophie sehr chronisch verlief, ja anscheinend zeitweilig sich besserte. Immer werden beide Augen, wenn auch gewöhnlich in verschiedenem Grade, befallen. Gewöhnlich nimmt man an, dass die Farbensinnstörung und die Einengung des Gesichtsfeldes der Abnahme der centralen Sehschärfe vorangehen. Diess ist nach G. nicht immer der Fall. Er hat öfter beobachtet, dass das Gesichtsfeld annähernd normal war bei sehr geringer Sehschärfe und beträchtlicher Farbensinnstörung. Interessant sind die zuweilen vorkommenden irregularen Defekte des Gesichtsfeldes. G. sah einmal temporale Hemiopie, einmal symmetrischen Defekt im innern untern Quadranten. Es ist wahrscheinlich, dass es sich in solchen Fällen um eine Läsion des Chiasma handelt. An retrobulbäre Degeneration des Opticus lassen auch die Fälle denken, wo Amblyopie ohne wahrnehmbare Veränderung der Retina besteht oder wo die Amblyopie einseitig erheblich stärker ist bei beiderseits gleichem ophthalmoskop. Befund. Zuweilen entwickelt sich die Sehschwäche rapid, wie es auch von der Ataxie bekannt ist. Ob diess in den Fällen geschieht, wo die Papille ein grau-gelatinöses, weiches Aussehen hat, während der gewöhnlichen langsamen Entwicklung das Bild einer glatten, stark excavirten Papille entspricht, lässt G. unentschieden.

Die innern Augenmuskeln fand G. nur bei 6 von 72 Tabeskranken normal. Am häufigsten ist das Argyll-Robertson'sche Phänomen, d. h. Starrheit der Pupille bei Lichteinfall mit accommodativer Beweglichkeit und der Verlust der reflektor. Pupillenerweiterung, seltener die Ophthalmoplegia interna Hutchinson's, d. h. Lähmung der Accommodation und Verlust der reflektor. Pupillenbewegung, am seltensten Accommodationslähmung ohne Verlust der reflektorischen Thätigkeit. Unter 66 Kr. hatten 48 lichtstarre Pupillen, zu denen event. 6 mit ganz minimaler, 1 mit einseitiger Reaktion gehörten. Von den übrigen 11 hatten 6 Lichtstarre und Accommodationslähmung, 2 einseitige Accommodationslähmung und Lichtstarre beiderseits, 1 doppelseitige Accommodationslähmung, einseitige Lichtstarre, 2 nur Accommodationslähmung. Im 1. Stadium zeigten 84% die intraocularen Lähmungen (25 Kr.), im 2. Stad. (29 Kr.) 39%, im 3. Stadium (18 Kr.) 100%. Ob diese Augensymptome allen andern Tabeserscheinungen vorausgehen können, ist nicht entschieden, man müsste Fälle beobachten, wo zuerst Lichtstarre allein bestand, dann etwa das Kniephänomen schwand u. s. w. G. hat nur gesehen, dass bei einem Individuum mit lichtstarren Pupillen und „ungleichem" Kniephänomen nach 2 Monaten letzteres auf der Seite, wo es anfänglich schwächer war, verschwand. Myosis fand G. bei lichtstarren Pupillen in $^2/_3$ der Fälle (unter 2.5 mm). Bei Accommodationslähmung besteht selten Myosis. Häufig ist Ungleichheit und leichte Unregelmässigkeit der Pupillen. Einmal bestand auf Seite der engern Pupille Hyperidrosis. Zuweilen sah G. die Pupillen sich bei Lichteinfall contrahiren, unmittelbar nachher aber wieder weit werden und nach einigen Oscillationen bleiben. Betreffs der reflektorischen Pupillenerweiterung bestätigt G. Erb's Angaben, hebt jedoch hervor, dass bei gesunden ältern Personen das Phänomen auch unter günstigen Versuchsbedingungen fehlen kann. Ferner hat er mehrmals bei Tabeskranken mit Lichtstarre prompte Pupillenerweiterung nach schmerzhaften Reizen gesehen. Auch bei Accommodationslähmung kann der Hautreflex der Pupillen erhalten sein. Interessant sind die innern Augenlähmungen bei Tabes auch deshalb,

weil sie, im Gegensatz zu den meisten andern Symptomen, eine Störung motorischer Fasern darstellen. Sie fehlen bei andern Rückenmarkskrankheiten, nach G. auch bei combinirter Degeneration der Hinter- und Seitenstränge. Ausser bei progressiver Paralyse hat G. die Ophthalmoplegia int. 15mal bei Kranken ohne Spinalleiden gesehen. Auch seine Erfahrung beweist, dass sie dann meist auf syphilitischer Grundlage entsteht.

Aus der Debatte sei nur erwähnt, dass Marcus Gunn temporäre Besserung der tabischen Opticusatrophie oder richtiger der Amblyopie beobachtet hat, dass nach Nettleship die Atrophie an der Papilla nicht am Stamme des Opticus beginnt, dass die Amblyopie oft geringer ist, als man nach dem Befund erwarten sollte, während Amblyopie ohne Spiegelbefund nicht vorkommt.

Nichts Neues enthält eine Arbeit von A. Friedenwald über die Beziehungen zwischen den Erkrankungen des Auges und denen des Rückenmarks (Transact. of the med. and chir. faculty of Maryland 1883. Sep.-Abdr.).

In einem klinischen Vortrage behandelt Galezowski (Gaz. des Hôp. 60. 62. 64. 1884) die Augenmuskellähmungen bei Tabes. In 75% der Fälle fand er bei 600 Kr. mit tabischer Papillenatrophie zugleich Augenmuskellähmungen. Im Uebrigen enthält der Vortrag nur Bekanntes.

Ueber *die progressive Ophthalmoplegie* hat Westphal einen Vortrag gehalten (Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XL. p. 629. 1883), allerdings ohne direkt auf die Tabes Bezug zu nehmen. Er demonstrirte 3 Fälle der Krankheit bei geistiger Störung. Es bestand ausserdem zum Theil reflektor. Pupillenstarre, beginnende Opticusatrophie und Betheiligung anderer Hirnnerven (Trigeminus, Hypoglossus). Die Sprache war zum Theil gestört. Bei dem einen Kr. fehlte das Kniephänomen auf der einen Seite, war auf der andern minimal, bei dem andern bestand Paraparese. Der gemeinsame Charakter der psychischen Störung war intellektuelle Schwäche, zum Theil mit Hypochondrie. Ausserdem beobachtete W. einen Kranken (F.) ohne Geistesstörung, mit progress. Augenlähmung, mit Opticusatrophie, mit Paraparese und Fehlen des Kniephänomen. Ein anderer Kr. hatte neben der progress. Augenlähmung Lähmung der Beine und Parese der Arme gezeigt. Die Sektion hatte Degeneration der Hinter- und Seitenstränge ergeben, Atrophie des Abducens, Oculomotorius und Trochlearis beiderseits, Atrophie der meisten Ganglienzellen in den bez. Nervenkernen.

Unter 32 von W. zusammengestellten Fällen fanden sich 6 von Psychosen begleitet, 12 zeigten spinale Symptome. Erscheinungen von Seiten der Sprache, des Schluckens, der Gesichtsmuskeln bestanden bei 14, Atrophie des Opticus bei 10.

W. schliesst, dass die progressive Augenmuskellähmung, welche sich auch mit Lähmung der bei der Bulbärparalyse betroffenen Muskeln verbinden kann, in Beziehung steht zu einer spinalen Erkrankung einerseits und zu einer Psychose mit dem Charakter fortschreitender Dementia andererseits. Ihren anatomischen Grund hat die Lähmung der Augenmuskeln in einer Atrophie ihrer Nerven und Nervenkerne. Die spinale Erkrankung besteht in einer Degeneration der Hinter- und Seitenstränge.

Nachträglich erwähnt W., dass bei 2 der vorgestellten Kranken die Sektion ausgeführt werden konnte. Bei dem einen bestand hochgradige Atrophie der Augenmuskelnerven, gelbliche Verfärbung der Augenmuskeln, deutliche Degeneration der Hinterstränge. Bei dem andern fand sich an Augenmuskeln und -Nerven nichts Auffallendes, wohl aber bestand eine über zahlreiche Theile des Gehirns, der Brücke und Oblongata verbreitete, fleckweise, graue, glasige Degeneration. Endlich war auch der Kranke F. gestorben; W. fand Atrophie der Augenmuskelnerven und graue Degeneration der Hinterstränge.

Am interessantesten ist wohl in W.'s Mittheilung der Nachweis, dass die progressive Ophthalmoplegie auch Symptom der multiplen Sklerose sein kann. Im Uebrigen bestätigen seine Angaben die Thatsache, dass in der Mehrzahl der Fälle die progress. Ophthalmoplegie eine Erscheinung der Tabes ist.

c) *Cerebrale Zufälle.*

Ueber die von französischer Seite mehrfach erwähnten *apoplektiformen (und epileptiformen) Anfälle* in frühen Stadien oder im Verlaufe der Tabes hat Bernhardt (Arch. f. Psychiatrie u. s. w. XIV. 1. p. 135. 1883) Beobachtungen angestellt.

Ein 47jähr. Mann, welcher eine Anzahl tabischer Erscheinungen zeigte, gab an, vor 10 W. sei ihm der rechte Arm plötzlich schlaff herab gefallen und habe er für 10 Min. die Sprache verloren. Vor 6 W. kamen derartige Anfälle etwa 22mal im Verlaufe von 24 Stunden. B. fand im Anfall ataktische Aphasie.

Ein 44jähr. Mann, der seit 2 J. an Tabes litt, vor 5 J. aber schon an Schmerzen der rechten Gesichtshälfte gelitten hatte, hatte vor $3^1/_2$ J. plötzlich die Sprache verloren ohne Lähmung, der Anfall ging vorüber, wiederholte sich aber in den nächsten Tagen.

Beide Kr. waren psychisch durchaus normal. Das Herz war gesund. Syphilitische Infektion konnte B. nicht nachweisen.

Ein 50jähr. Mann mit typischer Tabes hatte mehrmals apoplektische Insulte erlitten, nach denen die linke Körperhälfte stets für einige Tage schwach blieb. Nachzuweisen war eine Hemiplegie nicht.

Es scheint B. keinem Zweifel zu unterliegen, dass im Verlaufe der Tabes, ja auch oft schon als frühes Symptom des Leidens vorübergehende, plötzlich auftretende Hemiplegien und aphatische Zustände auftreten können, deren Erklärung denselben Schwierigkeiten unterliegt, wie die ähnlicher Vorkommnisse bei der fleckweisen Sklerose oder der progressiven Paralyse. Ob es sich um vasomotorische Störungen handelt oder um andere feinere Läsionen, möge dahingestellt bleiben, sicher gestatte der ganze Verlauf derartiger Störungen, ihr schnelles Verschwinden u. s. w., schwerere Erkrankungen des Hirns auszuschliessen.

Moses berichtete in der Berl. Gesellsch. f. Psychiatrie u. s. w. am 12. Nov. 1883 (Centr.-Bl. f.

Nhkde. u. s. w. VI. 24. 1883) über einen 59jähr. Tabeskranken, welcher 4 Mon. vor dem Tode einen heftigen apoplektischen Insult erlitten hatte. Die rechtseitige Hemiplegie war bis auf leichte Parese zurückgegangen. Bei der Sektion fand sich ausser der Hinterstrangdegeneration Arteriosklerose und im linken Linsenkern ein gelber Erweichungsherd von Erbsengrösse.

Wernicke (Arch. f. Psychiatrie u. s. w. XV. 1. p. 287. 1884) berichtete in der Berl. Gesellsch. f. Psychiatrie u. s. w. über einen Fall von Tabes mit *Herdsymptomen des Gehirns*. Der 51jähr., an Tabes leidende Mann war nach 2 leichten Krampfanfällen sensorisch aphatisch geworden. Die Anfälle wiederholten sich, der Kranke verfiel in Demenz und starb an progress. Paralyse. Ausser den für letztere Krankheit charakteristischen Rindenadhäsionen fand man den ganzen linken Schläfenlappen erkrankt, in dessen vorderer Hälfte einen bräunlich tingirten, pflaumengrossen Erweichungsherd.

P. Marie und G. L. Walton (Revue méd. III. p. 42. Janv. 1883) handeln vom *Schwindel der Tabeskranken* (Vertige de Ménière tabétique). Sie untersuchten in sachverständiger Weise den Gehörapparat der in der Salpêtrière befindlichen Tabeskranken, prüften den Zustand des Trommelfells, die Durchgängigkeit der Tuba Eust., die Hörweite für die Uhr, die Flüstersprache, das Verhalten gegen Stimmgabeln. Auch machten sie einige Versuche, das Ohr galvanisch zu untersuchen, fanden aber nie „la réaction de dégénération" [?]. Unter 24 Kr. waren 17 mit Schwindel und subjektiven Geräuschen, bei 7 fehlte der Schwindel, nur bei 2 der letztern bestand leichtes Pfeifen. Die Kr. ersterer Art fühlten sich in einer bestimmten Richtung getrieben, gewöhnlich nach vorn und rechts, sie stürzten nieder, wenn sie sich nicht an etwas festhalten konnten. Bei einigen trat der Schwindel auch im Bett auf, bald glaubten sie aus dem Bett zu fallen, bald bewegte sich dasselbe mit ihnen, drehte sich nach rechts, nach links oder um die quere Achse, bald glaubten sie in den Erdboden zu versinken. Dabei bestanden subjektive Geräusche, wie sie Ménière beschrieben hat, Lokomotivenpfeifen, Wasserfallrauschen u. s. w., dieselben dauerten zuweilen auch ausserhalb des Anfalls an, steigerten sich aber immer in demselben. Uebelkeit begleitete den Anfall nur in der Hälfte der Fälle, Erbrechen war noch seltener. Bei den meisten (14) Kr. fand sich Abnahme der Hörweite, doch war bei allen die Wahrnehmung der auf den Schädel gesetzten Stimmgabel vollständig normal, auch zeigten 3 Kr. mit Schwindel und subjektiven Geräuschen keine Verminderung der Hörweite. Demnach war die Gehörsstörung auf eine Läsion der schallleitenden Theile zu beziehen, in der That fanden sich theils Cerumenpfröpfe, theils Trübung und Verdickung des Trommelfells, theils Undurchgängigkeit der Tuba. Die Häufigkeit dieser Veränderungen erklärt sich aus dem vorgerückten Alter der Kr. und ihrer Lebensweise (Tabaksschnupfen, Unreinlichkeit u. s. w.). Auch bei den 7 Tabeskranken ohne Schwindel war der Ohrbefund derselbe und von 8 Nichttabeskranken war diess bei 5 der Fall. Die Sache steht demnach so, dass bei Tabeskranken Schwindel mit subjektiven Geräuschen, der Menière'sche Zustand, häufig ist, dass derselbe aber mit einer Läsion des Hörnerven nicht verbunden ist, dass vielmehr die etwa vorhandenen Hörstörungen auf eine mit der Tabes nicht in Beziehung stehende Erkrankung des äussern oder mittlern Ohres zu beziehen sind. Die Vff. sind der Meinung, dass die zu den halbzirkelförmigen Kanälen ziehenden Fasern des N. acusticus erkrankt seien, während der eigentliche Hörnerv, die Fasern der Schnecke, bei der Tabes in der Regel intakt bleibe. Von den 17 mitgetheilten Beobachtungen referiren wir nur einige.

I. 62jähr. Frau, seit 1871 tabisch. Seit 1 J. leidet sie an Platzfurcht und Schwindel, in welchem sie nach vorn stürzt. Im Anfall hört sie bald Glockentönen, bald ein Geräusch, als ob ein Insekt im Ohre wäre. Keine Gehörsstörung.

II. 50jähr. Frau, seit 12 J. tabisch, seit eben so lange an Schwindel leidend, Gefühl des Nachvornstürzens. Lokomotivenpfeifen. Links Cerumenpfropf, rechts Trommeltrübung. Stimmgabel vom Schädel aus rechts besser gehört.

III. 52jähr. Frau, seit 18 J. tabisch. Schmerzen im Gesicht, Diplopie, Schwindel seit 4—5 Jahren. Sie fällt nach rechts, das Bett scheint oft in der Luft zu schweben, die Kr. muss sich an die Matratze anklammern, sie hört dabei Wasser kochen, bes. im rechten Ohr. Keine Uebelkeit, kein Erbrechen im Anfall, aber Schmerzen im Rectum. Beiderseits Cerumenpfröpfe. Beiderseits Trommelfelltrübung, bes. links. Durchgängigkeit der Tuben. Uhr rechts auf 48, links auf 24 cm gehört. Stimmgabel von den Zähnen aus rechts besser gehört.

V. 67jähr. Frau, seit 28 J. tabisch. Neigung nach rechts zu fallen, Drehung des Bettes von rechts nach links, Gefühl des Versinkens. Lokomotivenpfeifen, bes. links. Keine Uebelkeit. Der Schwindel besteht seit 3 J., er kehrte alle 8—10 Tage wieder. Hört die Uhr beiderseits nur beim Anlegen. Undurchgängigkeit der Tuben. Stimmgabel von der Stirn aus beiderseits gut gehört.

Einen Fall von *Tabes mit Geistesstörung* beschreibt L. Goldstein (Centr.-Bl. f. Nhkde. u. s. w. VI. 16. 1883).

Ein 46jähr. Clavierstimmer hatte vor 12 J. einen Schanker gehabt, litt seit einigen Jahren an Zucken, Schmerzen, Kältegefühl und Kribbeln in den Beinen. Es bestand typische Tabes ohne cerebrale Symptome. Nach 4wöchentl. Behandlung trat ein Anfall von Irrsein auf. Der Kr. erzählte mit geröthetem Gesicht und fliegendem Athem, seine Wirthin und der Arzt trachteten ihm nach dem Leben. Dann leistete er in weinerlicher Stimmung Abbitte, wurde Nachts aber wieder von Angst ergriffen, sprach von Räubern, Höllenmaschinen u. s. w. Nach einigen Tagen trat Beruhigung ein und der Kr. reiste in seine Heimath. Dort hat sich aber der geistige Zustand wieder verschlimmert und der Kr. ist wegen Verfolgungswahn in einer Irrenanstalt untergebracht worden.

Ueber Geistesstörungen bei Tabes handeln ferner die Dissertationen von A. Rougier (Essai sur la lypémanie et le délire de persécutions chez les tabétiques. Paris 1881) und von H. Jacob (Ueber die Psychosen bei Tabes. Berlin 1883), welche dem Ref. nicht zugänglich sind.

d) *Vasomotorische und trophische Störungen.*

A. Pitres (Journ. de Méd. de Bordeaux Janv. 1884. Sep.-Abdr.) handelt von einigen *vasomotorischen und sekretorischen Störungen bei Tabes.*

1) Den Strauss'schen Beobachtungen von *Ekchymosen* bei Tabes reiht P. 2 neue Fälle an.

I. 38jähr. Mann. Seit 3 J. lancinirende Schmerzen. Seit 2 J. Amblyopie. Seit 1 J. Ataxie. Der Kr. kam wegen eines heftigen Schmerzanfalles in das Hospital. An der innern Seite des rechten Unterschenkels eine grosse Ekchymose (8 : 25 cm), an deren Stelle die Haut schmerzlos und nicht geschwollen war. Der Kr. meinte, das wäre nichts, solche blaue Flecke träten öfter nach heftigen Schmerzen an der Stelle des stärksten Schmerzes auf. Im Uebrigen typische Tabes.

II. 42jähr. Mann. Seit 15 J. lancinirende Schmerzen. Kein Kniephänomen. Nach heftigen Schmerzen im rechten Vorderarm auf dessen Streckseite eine grosse verfärbte Ekchymose, die ohne Trauma entstanden und nicht empfindlich war.

Ref. hat die *Ekchymosen* in einem Falle beobachtet, der wohl als *multiple Sklerose* aufzufassen ist.

42jähr. Mann. Mit 25 J. Schanker und sekundäre Symptome. Mit 32 J. zum 1. Male charakteristische lancinirende Schmerzen in den Füssen, später auch in Knieen und Oberschenkeln. Seit 5—6 J. alle 8—14 T. Schwindel, nach welchem der Kr. einige Tage wie vor den Kopf geschlagen umhergeht. Angeblich erst seit einigen Jahren treten nach den Anfällen an der Stelle des stärksten Schmerzes blaue Flecke auf, die nicht schmerzhaft sind und sich rasch verfärben, bei derselben Gelegenheit zeigt sich von Zeit zu Zeit ein Ausschlag auf dem Gesäss. Harnentleerung träge, zuweilen unwillkürlich.

Leichter Nystagmus, enge, träge Pupillen. Lebhaftes Kniephänomen, keine Anästhesie, keine Ataxie. An der linken Hinterbacke eine Gruppe von 6—7 Herpesbläschen, 2—3 solche in der Kerbe. Auf dem Gesässe zahlreiche pigmentirte Flecke. An der Aussenseite des linken Knies eine 5-Markstück grosse, verfärbte Ekchymose. Vor einigen Tagen an dieser Stelle heftige Schmerzen.

Später Zittern der Zunge, leichtes Stottern. Geringe Anästhesie der Füsse. Herpes auch am Penis, ohne Schmerzen. Oefteres Wiederauftreten des Herpes am Gesäss.

2) P. hat einige den von Ollivier (s. u. S. 292) mitgetheilten ähnliche Beobachtungen von *Hyperidrosis* gemacht. Eine derselben theilt er mit.

III. 33jähr. Mann, erwachte vor 1 J. mit Kribbeln der Füsse. Diese und die untere Hälfte der Unterschenkel waren geröthet und mit Schweisstropfen bedeckt. Späte Achromatopsie, Ataxie, lancinirende Schmerzen in den Füssen, Kribbeln in der linken Hand und Lähmung der Strecker der 3 letzten Finger. Im Hospital zeigten die Füsse und untern Abschnitte der Unterschenkel eine carminrothe, bald diffuse, bald fleckige, selten ganz verschwindende Färbung, waren fortwährend mit wasserhellen Schweisströpfchen bedeckt, dabei kühl, nicht druckempfindlich. Die Nägel der grossen Zehen waren verdickt, verunstaltet, Kitzeln u. s. w. der Füsse erregte heftige Reflexbewegungen. Das Kniephänomen war bald deutlich, bald fehlte es. Opticusatrophie. Die Lähmung der linken Fingerstrecker schwand, im Uebrigen blieb der Zustand im Gleichen.

Bemerkenswerth ist die Injektion der schwitzenden Theile. Ein anderer Kr., der an fortwährendem Kribbeln der Hände und Füsse litt und dieselben, weil das Kribbeln in der Wärme unerträglich wurde, stets frei hielt, zeigte Hyperidrose der Hände und Füsse bei Blässe der Haut. Ein 3. zeigte profuses Schwitzen der Beine im Beginne jedes Schmerzanfalles.

3) Hypersekretion des Speichels, Magensaftes, Darmsaftes ist bei Tabes nicht allzu selten.

a) Die *Gastrorrhöe* begleitet die Magenkrisen. Dieselben können auch allein in profusem Erbrechen bestehen (Lépine, s. u. S. 292). P. hat bei 2 Kr. häufiges Erbrechen von Schleim u. Galle am Morgen gesehen.

IV. 50jähr. Mann. Typische Tabes. Seit 4 J. alle 10—14 T. beim Aufstehen Erbrechen. Erst 3 J. später Beginn der lancinirenden Schmerzen.

b) Die *Enterorrhöe* zeigt sich im Beginne der Tabes als seröse Diarrhöe, ohne Tenesmus und ohne Schmerzen, von wochen- bis monatelanger Dauer. Bei einem Kranken begann die Tabes mit einem leichten apoplekt. Anfall, an denselben schloss sich eine 1 J. dauernde Diarrhöe an. Erst nach einigen Monaten begannen die lancinirenden Schmerzen. Ein Anderer hatte 1875 „Dysenterie" und Ischurie, 1876 Magen- und Mastdarmkrisen, erst 1880 lancinirende Schmerzen gehabt.

c) Die *Sialorrhöe* ist seltener. Sie beginnt plötzlich, ohne bekannte Ursache, ohne Schwellung der Drüsen, dauert nur kurze Zeit.

V. 42jähr. Mann. Seit dem 19. Jahre lancinirende Schmerzen. Mit 20 J. Schanker und sekund. Symptome. Allmälig Zunahme der Schmerzen. Seit 1879 Magenkrisen und Erschwerung des Schlingens. Nachdem die unangenehme Sensation aus dem Pharynx verschwunden war, trat 2 Mon. später profuser Speichelfluss auf, welcher 6 Mon. anhielt und sich anfallsweise steigerte. Besonders früh nach dem Aufstehen hatte der Kr. ein Gefühl von Hitze auf der Zunge und speichelte 2—3 Std. lang sehr stark. In der Zeit vor dem Speichelfluss war kein Hg gebraucht worden, der Mund war gesund, das Unterlassen des Rauchens bewirkte keine Veränderung. Im folgenden Jahre trat die Sialorrhöe von Neuem auf, mit ihr erschienen Dysurie und Schlaflosigkeit, welche wie jene ca. 5 Monate anhielten. Zur Zeit bestanden ausser den lancinirenden Schmerzen fleckweise Analgesie der Unterschenkel, leichte Anästhesie des rechten Fusses, ungleiche Pupillen, Amblyopie, Geruchlosigkeit. Das Kniephänomen war links lebhaft, fehlte rechts. Die peinigende Schlaflosigkeit war zur Zeit wieder erschienen.

P. macht schlüsslich darauf aufmerksam, dass die geschilderten Erscheinungen die Tabes eröffnen können, so dass man event. aus einer von ihnen und dem Verlust des Kniephänomen auf Tabes schliessen kann.

C. E. Putnam, ein Schüler Pierret's, vertritt (Recherches sur les troubles fonctionnels des nerfs vasomoteurs dans l'évolution du tabes sensitif. Thèse de Paris 1883. Nr. 32) dessen Ansichten über die Tabes als eine Erkrankung des *sensiblen Systems.* Er schildert P.'s Lehre, insbesondere seine Auffassung des Tractus intermedio-lateralis und der slender column Clarke's als eines vasomotorischen, zwischen das motorische und sensible eingeschobenen Systems, welches die Ursprünge der sympathischen Fasern darstelle (vgl. Jahrbb. CXCVI. p.186). Auf einer Degeneration der bezügl. Abschnitte des

Rückenmarks und der Oblongata sollen die bei Tabes beobachteten vasomotor. Störungen beruhen. Die Störungen der Sensibilität machen sich im Gebiete der Motilität als Ataxie geltend, die Ataxie aber ist ein Gemisch von Parese und Spasmus, im Gebiete der glatten Muskulatur bewirken jene gleichfalls wechselnd Parese und Spasmus. Der Schmerz wird dann begleitet von vasomotorischen und sekretorischen Störungen. Möglicher Weise, bemerkt Put., spielen auch Veränderungen der peripheren Sympathicusganglien eine Rolle. Put. bespricht im Weitern den *Speichelfluss*, das *Erbrechen* oder die Gastrorrhöe, die *Diarrhöe* und die *Störungen der Schweissabsonderung* bei Tabeskranken. Der Speichelfluss ist charakterisirt durch sein plötzliches Auftreten. Die Kr. erwachen plötzlich auf nassen Kissen. Nach Kurzem hört die profuse Absonderung auf, kehrt aber nach einigen Tagen oder längerer Zeit zurück; 2 Kr. sagten: es läuft wie aus einem Springbrunnen. Die tabische Gastrorrhöe ist am ehesten der der Säufer ähnlich. Das Erbrechen tritt ohne nachweisbare Ursache auf, liefert meist Wasser und Schleim in beträchtlicher Menge, erst gegen den Schluss des Anfalls pflegt etwas Blut, offenbar in Folge der Anstrengung, sich zu zeigen. Die Diarrhöe tritt plötzlich und schmerzlos auf u. verschwindet nach einigen Stunden oder Tagen wieder. Sie kann äusserst profus sein und das Leben des Kr. in Gefahr bringen. Zugleich gehen ihr lancinirende Schmerzen in den Beinen voraus. Auch hier ist gelegentlich dem Schleim etwas Blut beigemengt. Allgemeine und halbseitige Hyperidrosis oder Anidrosis, Schwitzen oder Schweisslosigkeit der Hände u. Füsse kommen vor, theils mit, theils ohne Ernährungsstörungen der Haut.

Von den zahlreichen Beobachtungen, welche Put. mittheilt, referiren wir kurz die anderswo noch nicht veröffentlichten.

I. 71jähr. Mann, seit 20 J. tabeskrank. Im Gesicht unregelmässig rothe Flecke seit 10—15 Jahren. Seit 5—6 J. alle 5—6 Tage *Diarrhöe*, meist nach besonders schmerzhaften Tagen. Seit 3—4 J. in verschiedenen Zwischenzeiten (etwa 10mal) 1/4 Std. lang profuser *Speichelfluss*.

II. 53jähr. Mann, seit 15 J. tabeskrank. Seit 3 Mon. *Anidrosis* der untern Körperhälfte vom Nabel ab. Nach Pilocarpininjektion schwitzte in der That nur die obere Körperhälfte.

III. 46jähr. Frau. Die Tabes begann im 36. J. mit *gastrischen Krisen*, Erbrechen mit Schmerzen im Epigastrium von mehrtäg. Dauer. Das Erbrochene war klar und reichlich. . Seit 10 J. hatte sie nur je 2—3 Wochen Ruhe gehabt. Reichliche *Salivation*.

IV. 65jähr. Mann. Mit 50 J. Augenmuskellähmung. Seit 3 J. deutl. Tabes. Seit mehreren Jahren häufige Anfälle von *Diarrhöe*. Im Aug. 1882 profuse Diarrhöe, die jeder Behandlung trotzte. Die Stühle gingen unwillkürlich ab. Der Kr. nahm nur kühles Getränk und erbrach auch dieses oft. Seit Eintritt der Diarrhöe Aufhören der lancinir. Schmerzen. Zunehmende Schwäche. Tod nach 14täg. Bestand der Diarrhöe.

V. 44jähr. Frau. Mit 22 J. Syphilis. Seit 15 J. Tabes. Vor 3 J. *Diarrhöe*, welche 1 J. anhielt, zur gleichen Zeit starkes Jucken der Vulva. Mehrfach nächtl. Anfälle von *Salivation*, bes. wenn die Schmerzen sehr lebhaft waren.

VI. 38jähr. Frau. Mit 20 J. Syphilis. Seit 5 J. tabeskrank. Vor 3 J. Anfälle von Diarrhöe, welche seitdem permanent geworden war und sich nur zeitweise unterdrücken liess. Oft nächtl. *Speichelfluss*.

VII. 41jähr. Mann. Mit dem Auftreten der Gürtelschmerzen verbanden sich Anfälle von *Diarrhöe*. Heftige Rectumschmerzen.

XVIII. Plötzliche Anfälle von *Leibschmerzen mit Durchfall* bei einem tabeskranken Manne.

XIX. 51jähr. Mann, seit 15 J. tabeskrank. Unstillbare *Diarrhöe* mit Kolik und Rectumkrisen, welche endlich durch pointes de feu geheilt wurde.

XX. 38jähr. Mann, seit 6 J. tabeskrank. Vor 3 J. *Magenkrise* mit wässrigem Erbrechen. Totale Augenmuskellähmung. Zeitweise Schlingbeschwerden mit Schmerzen (Oesophaguskrisen), welche durch pointes de feu im Nacken beseitigt wurden. Anfälle von Kolik mit unstillbarem *Durchfall*, welcher durch pointes de feu in der Lendengegend schlüssl. geheilt wurde. Nach einem Anfall von Schmerzen des Ohres erysipelartige Anschwellung der Ohrgegend. Zweimal Schmerzen in der Lebergegend mit leichtem Ikterus (hepatalgische Krisen).

XXI. 40jähr. Frau. Tabes seit 2 Jahren. Nächtl. *Schweisse*, während deren der Gürtelschmerz aufhört.

XXIII. 46jähr. Frau, mit 18 J. Syphilis, seit 9 J. Tabes. Schmerzen beim Harnen und beim Stuhlgang. Heftige Magenkrisen. Vorübergehende Gaumenlähmung. Mangel des Geruchs mit subjektiven Gerüchen. Verfolgungswahn, wechselnd mit Grössenvorstellungen und Zornesausbrüchen. Herpes im Peronäusgebiet. Augenmuskellähmung. Tod. Leptomeningitis cerebralis anterior. Atrophie des linken Trigeminus. Verdickung und Adhäsion der Pia über den Corpp. quadrigeminis. Graue Verfärbung in der Gegend der Oculomotoriuskerne. Atrophie der Olfactorii mit umschriebener Meningealverdickung bis zum Ammonshorn. Die mikroskop. Untersuchung der Oblongata ergab Degeneration des untern Trigeminuskerns und der aufsteigenden Trigeminuswurzel, Degeneration von Clarke's slender column. Im Rückenmark die typische Hinterstrangdegeneration. Hypertrophie des linken Ventrikels und Atherom der Aorta. (Sehr bemerkenswerther Fall Pierret's.)

XXIV. 40jähr. Frau, seit 7 J. tabeskrank. Fast totale hochgradige Anästhesie. Heftige Magenkrisen mit wässrigem *Erbrechen*. Tod an Pneumonie. Die *Sektion* ergab stark entwickelte Hinterstrangsklerose. In der Oblongata Degeneration der Nuclei restiform., der slender column. Der Vaguskern schien normal zu sein, doch enthielt er auffallend viel pigmentirte Zellen.

XXV. 59jähr. Frau, seit 6 J. tabeskrank. Seit Beginn der Krankheit 1—2mal monatl. schleimiger Durchfall. Parese des rechten Facialis und Hyperästhesie des Gesichts. Insufficienz der Aorta. Mehrmals Anfälle von *Speichelfluss*.

XXVI. Die Kr. war vor 3 J. plötzlich mit schleimigem, reichlichem, fast täglichem *Erbrechen* erkrankt, welches zur Zeit noch bestand. Ausfallen der obern Zähne mit Elimination kleiner Sequester. Nach dem Erbrechen brennender Durst. Das Erbrechen wiederholte sich zur Zeit mit mehrtäg. Zwischenzeiten, die Kr. erbrach dann in 24 Std. 10—12 Liter wässriger Flüssigkeit, welche keinen Harnstoff enthielt. Zugleich bestanden Schmerzen im Epigastrium, Druckempfindlichkeit der Vagusgegend, Palpitationen, Athemnoth. An den andern Tagen klagte die Kr. über heftige Schmerzen in den Gliedern. Die Magenkrisen wurden immer häufiger und heftiger. Die Urinabsonderung war gering, die Kr. ging nur alle paar Wochen zu Stuhle. Tod an Tuberkulose.

Die mikroskop. Untersuchung der Oblongata ergab in der Höhe des Calamus script. Degeneration der slender column, welche sich auch auf allen andern Schnitten zeigte, der sogen. hintern Pyramiden und aller als sensi-

bei geltenden Fasern, weiterhin der Trigeminuswurzeln und -Zellen, Verdickung des Ependym im 4. Ventrikel. Im Rückenmarke typische Degeneration der Hinterstränge mit deutl. Affektion der Clarke'schen Säulen.

G. Ballet und A. Dutil (Progrès méd. XI. 20. p. 379. 1883) beschreiben eine *trophische Störung der Haut bei Tabes, welche an Ichthyosis erinnert* (*état ichthyosique*). Sie sahen dieselbe zuerst bei einem 39jähr. Tabeskranken an den hyperästhetischen Stellen; die Haut des Rumpfes war geröthet, trocken, verdickt, mit Epidermisschuppen bedeckt. Bald fanden sich weitere Beispiele.

I. Eine 52jähr. Tabeskranke litt an lancin. Schmerzen der Hände u. der Dorsalseite der Vorderarme. Hier bestand Hyperästhesie gegen Kälte und Stiche, taktile Anästhesie. An denselben Stellen war die Haut ichthyotisch, sie war geröthet, trocken, mit Schuppen bedeckt, sehr beweglich, faltig, wie zu weit. Aehnlich waren die Verhältnisse an den Beinen. Die Nägel waren längsgestreift und verdickt. Von den Fusssohlen liess sich die Epidermis in Fetzen abziehen, dieselben sahen wie Schildkrötenfüsse aus.

II. Ein 40jähr. Kr. hatte im rechten Arm lancin. Schmerzen, derselbe war im höchsten Grade hyperästhetisch. Berührungen mit einem Federbart, mit einem Taschentuch waren schmerzhaft, die Nägel konnte sich der Kr. wegen der Schmerzhaftigkeit nicht schneiden. Mit einem andauernden Gefühl innerlichen Brennens combinirte sich ein intensives Frostgefühl. Die hyperästhet. Theile waren geröthet und ichthyotisch wie in Fall I. Die Nägel waren gestreift, trocken, brüchig. Der linke Arm war in jeder Beziehung ganz normal. An den Füssen bestanden ähnliche Störungen wie an der rechten Hand, d. h. Schmerzen, Hyperästhesie und Ichthyosis.

III. Ichthyosis beider Hände bei einem 54jähr. Tabeskranken. Die Haut war roth, glänzend, besonders an den Fingern, sie war auf deren Dorsalseite vielfach gefaltet, wie zerknittert. Die Nägel waren normal. Der Kr. hatte Schmerzen in den Händen, es bestand an ihnen mässige Hyperästhesie gegen Stiche, taktile Anästhesie und Frostgefühl. Auch an den Fusssohlen, welche der Sitz fortwährenden Kribbelns waren, war die Haut verdickt, glänzend, rissig.

B. u. D. betonen, dass der von ihnen beschriebene Zustand eine permanente trophische Störung der Haut darstellt, dass er stets zusammen mit Störungen der Sensibilität auftritt.

Halbseitigen Schwund der Zunge hat G. Ballet (Arch. de Neurol. VII. 20. p. 191. 1884) als Erscheinung der Tabes beschrieben. Es sei bekannt, dass bei der Tabes disseminirter Muskelschwund vorkomme, Charcot habe zuerst in mehreren Fällen die Hemiatrophie der Zunge beobachtet, auch Erb, Grasset und Ross hätten letztere erwähnt. Cuffer stellte 1875 der Soc. de Biologie einen Fall von rechtseitiger Hemiatrophie der Zunge bei Tabes vor. Zugleich bestand Atrophie des rechten Daumenballens und Lähmung der Pterygoidei. Bald nachher präsentirte Vidal der Gesellschaft folgenden Fall.

Ein 29jähr. Mann hatte 1863 Parästhesien im linken Arm empfunden, dann plötzlich linkseitige Facialislähmung, Taubheit und Abducenslähmung acquirirt. Die Spitze der Zunge wich nach links ab und Pat. war im Sprechen und Schlingen gestört. Der linke Arm wurde ganz anästhetisch, das linke Bein zum Theil, beide Glieder wurden schwach. Im J. 1866 traten Schmerzen der Glieder, besonders in den Gelenkgegenden, auf. Der linke Ellenbogen schwoll an; 1875 fand sich auf der linken Seite Lähmung des Gaumens, Hemiatrophie der Zunge ohne Sensibilitäts- oder Geschmacksstörung, Parese des Abducens, Schwerhörigkeit, mässige Anästhesie des Arms, Atrophie des Deltoideus, des Supra- und Infraspinatus, Abmagerung des Triceps u. des Daumenballens mit Aufhebung, bez. Abschwächung, der farad. Erregbarkeit, leichte Anästhesie des Beins, Verdickung der drei Knochenenden am linken Ellenbogen, Verdickung der untern Enden der Vorderarmknochen und Deformation des Handgelenks.

Charcot hielt diesen Fall für eine ungewöhnliche Tabesform. — B. selbst hat unter Charcot 2 bez. Beobachtungen gemacht.

Die Kr. L. (vgl. Blum: des arthropathies d'origine nerveuse, Thèse d'agrég., Paris 1875), seit dem 31. J. an Tabes leidend, zeigte ausser Arthropathie der Knie und der rechten Schulter, Opticus- u. Oculomotoriuslähmung, Hemiatrophie der Zunge links. Die *Sektion* ergab Hinterstrangsklerose.

Gr., ein 35jähr. Mann mit neuropath. Belastung, ohne Syphilis, war seit 8 J. tabeskrank. Ausser den typischen Erscheinungen bestand Atrophie der Arme, besonders der kleinen Handmuskeln, Atrophie des Sacrolumbalis und rechtseitige Hemiatrophie der Zunge. Die Spitze derselben wich nach rechts ab und zitterte, die rechte Hälfte war tief gefurcht und bildete eine Art Anhang der linken, auf ihr sah man fibrillare Zuckungen. Geschmacksstörungen schienen nicht vorhanden zu sein. Sprechen und Schlucken ging ohne wesentliche Behinderung von Statten. In der rechten Gesichtshälfte empfand der Kr. Eingeschlafensein und eine Art „Schauer", gelegentlich kleine Stiche. Objektive Sensibilitätsstörungen bestanden im Gesicht nicht.

Endlich hat B. bei einem Officier rechtseitige Atrophie der Zunge gesehen, welcher kurz zuvor eine linkseitige Oculomotoriuslähmung gehabt hatte. Antiluëtische Behandlung war erfolglos. Der Bruder des Kr. litt an typischer Tabes.

Die Hemiatrophia lingualis gewinnt als Tabessymptom um so mehr Bedeutung, als sie sonst äusserst selten, fast nur bei peripheren Läsionen eines Hypoglossus, vorkommt. Findet man das Symptom, so wird man in erster Linie an Tabes zu denken haben.

Der Zungenschwund ist nahezu regelmässig mit Augenmuskellähmungen combinirt, er kommt ferner meist zusammen mit andern Muskelatrophien vor. Kann man auch die vorübergehenden Lähmungen spinaler und bulbärer Nerven bei Tabes als reflektorische auffassen, so geht diess nicht an, wenn atrophische Lähmungen vorliegen. In diesem Falle, nimmt B. an, hat „der Process der chron. Irritation" von den Burdach'schen Strängen zu den Vorderhörnern sich fortgepflanzt mittels gewisser Commissurfasern, welche „dem System der innern Wurzelzone" angehören. Wie die Vorderhörner, so können die Bulbärkerne in der beschriebenen Weise erkranken, sobald die ihnen entsprechende Partie der hintern Bulbushälfte, d. h. besonders die sensible Trigeminuswurzel, ergriffen ist. In diesem Sinne ist es interessant, dass sich bei dem Kr. Gr. Trigeminussymptome vorfanden.

A. Freudenberg (*Ueber gastrische Krisen.* Inaug.-Diss. Berlin 1882) giebt zunächst eine historische Uebersicht. Zuerst hat Gull die Magenkrisen

bei Tabes beobachtet. Auch in Leyden's Monographie finden sich bez. Fälle. Leyden, sowohl wie Topinard aber sehen in den Magenstörungen eine Complikation. Als Symptom der Tabes schilderte sie auf Grund vieler Fälle 1866 Delamare, dem sich 1868 Charcot anschloss. Die neuern Arbeiten werden nur zum Theil von Fr. erwähnt. Ref. erwähnt bei dieser Gelegenheit, dass Waldmann (Die Behandlung der Tabeskrankheiten. Halle 1872) unter den Ersten war, die auf neuralgische Magenzufälle als Initialsymptom der Tabes hinwiesen (a. a. O. p. 55), allerdings ohne eine correkte Schilderung der Magenkrisen zu geben und vielfach von irrigen Voraussetzungen ausgehend. Fr. selbst beschreibt einen Fall aus Leyden's Beobachtung.

Ein 41jähr. Kellner litt seit 1870 an Magenzufällen, die in Uebelkeit und mehrtägigem Erbrechen bestanden. Seit Anfang 1882 andauernd übler Geschmack im Munde und fötider Speichelfluss. Seit $1^1/_2$ J. lähmungsartige Schwäche der Lippen, Taubheitsgefühl und Unsicherheit der Hände. Die Hände waren fast ganz anästhetisch, die Spatia interossea eingefallen. Es bestand Doppeltsehen, Ungleichheit der Pupillen. An den Beinen fehlten die Sehnenphänomene. Keine Ataxie.

Ausser diesem zweifelhaften Fall beschreibt Fr. noch 2 Fälle von Magenkrisen ohne spinale Symptome.

Lépine (Lyon méd. 38. 1882; vgl. Arch. de Neurol. V. 15. p. 355. 1883) lenkt die Aufmerksamkeit auf diejenigen seltenen *Magenkrisen,* welche *ohne Schmerzen* verlaufen. Sie sind charakterisirt durch unstillbares Erbrechen, welches das Leben des Kr. in Gefahr zu bringen scheint. Bei dem Kr. L.'s erregte jeder Schluck Wasser das fast immer gallige Erbrechen. Nach 14 Tagen der Inanition hörte das Erbrechen plötzlich auf. Die Abmagerung und Schwäche des Kr. waren auf den höchsten Grad gestiegen. Wie L. selbst erwähnt, hat schon Fournier auf die Anfälle von schmerzlosem Erbrechen bei Tabes aufmerksam gemacht.

G. H. Roger (Revue de méd. IV. 7. p. 554. 1884) macht auf die *Darmstörungen bei Tabes* aufmerksam, besonders die Anfälle von Diarrhöe, welche ohne neuralgische Schmerzen auftreten.

Bei einem 44jähr. Tabeskranken war im Beginne der Krankheit hartnäckige Diarrhöe aufgetreten. Von den sonstigen Symptomen sind hervorzuheben Larynxkrisen und Hüftgelenkserkrankung. Die Diarrhöe trat in 4 bis 5 Tage dauernden Anfällen auf, dann hörte sie plötzlich auf, 1—2 Tage lang war die Darmthätigkeit normal, um dann wieder diarrhoisch zu werden. Täglich traten während der Anfälle 4—6 flüssige Stühle ohne Schmerzen, nur mit geringem Tenesmus und etwas Dysurie auf. Diätfehler waren ohne Einfluss. Auch plötzliches Schwitzen und plötzlicher Speichelfluss kamen bei dem Kr. vor. Es wurde Atropin (0.002—3 g pro die) verordnet. Die Darmkrisen, der Speichelfluss und die Larynxkrisen hörten auf und kehrten auch nicht wieder, als das Atropin weggelassen wurde.

R. erinnert, dass schon Vulpian und Fournier, neuerdings Putnam und Pitres die Diarrhöe der Tabeskranken beschrieben haben. Unter 32 Tabeskranken, welche R. untersuchte, klagten 14 über Diarrhöe. Nach Zurückstellung der zweifelhaften Fälle, blieben 5 übrig, bei denen die charakteristische Darmstörung bestand.

Anfallsweise auftretende, der Behandlung trotzende Diarrhöe kann das 1. Symptom der Tabes sein. Zuweilen schliessen sich die Anfälle der Diarrhöe an solche von lancinirenden Schmerzen an, fehlen eventuell bei leichtern Schmerzanfällen, folgen aber den intensiveren. Der Anfall selbst ist schmerzlos, beginnt plötzlich, 3—8 Stühle treten an einem Tage auf, die Anfälle dauern 1—8 Tage und enden plötzlich, sie erstrecken sich oft über mehrere Jahre, in einigen Fällen kehrten sie 8—9 J. lang wieder. Zuweilen ist die Diarrhöe mit Erbrechen verbunden, relativ oft kommt Speichelfluss, gelegentlich auch Hyperidrosis vor. Therapeutisch empfiehlt R. das Atropin.

Ollivier (Associat. franç. etc. XII. session, Rouen; Gaz. hebd. XXX. 36. p. 596. Sept. 7. 1883) berichtete von 2 Tabeskranken, welche *Hyperidrosis der Füsse und der Handteller* zeigten. Bei einem derselben bestand eine starke Seborrhöe des behaarten Kopfes. — Letztern Fall beschreibt O. ausführlich (L'Union 128. p. 421. 1883).

Der 32jähr. Kr. hatte vor 8 J. die ersten Tabessymptome gehabt. Drei Jahre später war die Hyperidrosis aufgetreten, zuerst nur intermittirend u. an Hand- und Fusstellern, dann stetig und auch an der Dorsalseite. Die Fusssohlen und zum Theil die Hände zeigten ein violettes Colorit, waren kühl, fortwährend von Tropfen wässrigen, leicht sauren Schweisses bedeckt. Nach Schwefelbädern wurde die gesammte Haut hyperämisch, das Ulnarisgebiet aber blieb blass. Gleichzeitig mit dem Schwitzen der Hände u. Füsse hatte sich eine auffallende Fettigkeit des Haupthaares eingestellt. Die Haare waren immer wie von Oel durchtränkt.

O. erwähnt ausserdem die Fälle von Hyperidrosis unilateralis bei Tabes, welche von Nitzelnadel, E. Remak, C. Putnam beschrieben worden sind.

Oertliche Hyperidrosis haben auch Raymond und Arthaud (Revue de méd. IV. 5. p. 414. 1884) bei einem Tabischen beobachtet.

Ein 43jähr. Mann litt seit 13 J. an lancin. Schmerzen, welche zuerst die Beine, dann die Arme, schlüsslich den Kopf ergriffen und denen Ekchymosen und andere Hautaffektionen folgten.

Zur Zeit bestand typische Tabes. Die Schmerzen durchschossen beide Beine mit grosser Heftigkeit. Mit jedem Schmerzanfall waren ein reichlicher Schweissausbruch und die Bildung von Sudamina verbunden, gelegentlich folgten Ekchymosen. Am Kopfe waren besonders Hinterkopf und Schläfe Sitz der Schmerzen, ausserdem war bald ein Ohr ergriffen und bestanden Schwindel und Ohrensausen, bald schien eine Eisenstange von einem Ohre zum andern durch den Kopf gestossen zu werden. Die Zähne waren zerbröckelt und schmerzlos ausgefallen. Die Zehennägel waren zum Theil mehrmals abgefallen und durch dünne Neubildungen ersetzt worden, die noch vorhandenen alten Nägel waren hart und brüchig.

Nach jeder Mahlzeit trat ein intensives Schwitzen der rechten Kopf- und Halshälfte auf. Unter leichter Röthung und objektiv nachweisbarer Erwärmung der Haut perlten reichliche Schweisstropfen über die rechte Gesichtshälfte. Eine Veränderung der Pupille war nicht wahrzunehmen. [Vgl. hierzu die Beobachtung von G. Fischer, Jahrbb. CXCVI. p. 175.]

R. u. A. betrachten die Hyperidrosis als Sympathicusstörung. Es wird zweckmässig sein, in Zukunft sorgfältig auf solche zu achten, sobald Er-

scheinungen von Seiten der motorischen Bulbärkerne bestehen.

A. Joffroy (L'Union 106. p. 210. 1882) ist der Ansicht, dass beim *Abfallen der Zehennägel* die von ihm beobachtete subungueale Ekchymose nur ein Accidens darstelle, einen vasomotorischen Process, der die trophische Störung begleiten könne. J. hat neuerdings das Abfallen der Nägel der grossen Zehe auch bei einem nicht an Tabes Leidenden gesehen. Es handelte sich um eine Erkrankung des Nervensystems, welche nach einer Gemüthserschütterung aufgetreten war und sich hauptsächlich durch spastische Lähmung der Beine charakterisirte.

D. Militchévitch (Considér. sur les troubles trophiques des ongles dans quelques maladies des centres nerveux. Thèse de Paris 1883. Nr. 284) bespricht die *Nagelveränderungen* bei Hemiplegie und bei Tabes. Er bezieht sich auf die Angaben von Dutil und Ballet, welche in 3 Fällen von Tabes mit Ichthyosis der Haut Verunstaltung der Nägel beschrieben haben (s. o. S. 291), und bringt einige neue Beobachtungen aus Debove's Abtheilung.

I. 55jähr. Mann mit Tabes. Der Kr. machte selbst auf die Veränderung seiner Nägel aufmerksam. Dieselben waren an den Händen stark gekrümmt und längsgestreift. Der Kr. hatte an der rechten grossen Zehe Mal perfor. mit Abfallen des Nagels gehabt, welcher sich mehrmals neu gebildet hatte und zur Zeit stark gekrümmt und quergestreift war.

II. 75jähr. Tabeskranker. An beiden Händen ging über der Mitte der Nägel ein querer Strich.

III. 31jähr. Tabeskranker. An den Nägeln beider Hände starke Längsstreifen, welche früher nicht bestanden hatten. Der Nagel der linken grossen Zehe fiel von Zeit zu Zeit ab.

IV. 55jähr. Mann. Der rechte Arm complet atrophisch. [Ob Tabes?] An den Nägeln der rechten Hand starke Krümmung und Längsstreifen.

V. 52jähr. Mann mit Tabes. An Hand- und Fussnägeln starke Streifung.

Im Uebrigen bespricht M. das Abfallen der Zehennägel nach Joffroy und Andern. Er hebt hervor, dass die Veränderungen der Nägel eine Ernährungsstörung der Haut anzeigen, welche oft mit andern Störungen der Haut verknüpft ist, bei leichtern Formen aber allein die veränderte Ernährung ankündigen.

H. Bonieux (De la chute des ongles, des dents et des douleurs névralgiques dans l'ataxie locomotrice et dans le diabète. Thèse de Paris 1883. Nr. 237) theilt Beobachtungen Raymond's über *Abfallen der Nägel* bei Tabes mit.

I. 43jähr. Mann, seit 12 J. tabeskrank, hat 2mal, mit 2 J. Zwischenzeit, den Nagel der rechten grosse Zehe verloren, 1mal den der rechten kleinen Zehe und den des rechten Zeigefingers. Immer ging eine Ekchymose unter dem Nagel dem Abfallen voraus. Die andern Nägel waren hart und brüchig. Seit 4 J. waren die Zähne cariös. Etwa 10 Backzähne waren ausgefallen, sie wurden schwarz, hohl, brüchig und fielen schmerzlos aus. Nur das Zahnfleisch war empfindlich. Zugleich bestand heftiger blitzartiger Schmerz, welcher vom Ohrläppchen gegen die Kiefer ausstrahlte.

II. 52jähr. Mann, seit 15 J. tabeskrank, fand 1873 in seinem Strumpf den Nagel der linken grossen Zehe. Seitdem fiel jedes Jahr der Nagel ab. Im J. 1882 schmerzloses Ausfallen eines Backenzahnes.

III. Tabeskranke Frau. Mehrmaliger Verlust der Zehennägel. Seit 1873 schmerzloses Ausfallen sämmtlicher Zähne.

IV. 58jähr. Mann, seit 20 J. tabeskrank. Jährliches Abfallen der Nägel der grossen Zehen.

V. 49jähr. Mann, seit 3 J. tabeskrank, mehrfaches Abfallen der Nägel der grossen Zehen mit Ekchymosirung. Abfallen der Nägel auch der 2. und 3. Zehe.

VI. 50jähr. Mann, seit 11 J. tabeskrank. Jährliches Abfallen der Nägel der grossen Zehen. Im J. 1873 Ausfallen zweier gesunder Backzähne.

Das *Ausfallen der Zähne* bei Tabes bespricht B. nach Vallin und Demange und theilt auch eine neue Beobachtung Vallin's mit.

45jähr. Officier. Vor 21 J. Syphilis. Seit 8 J. Tabes; 1881 Gesichtsschmerzen. Das Zahnfleisch mehrerer Zähne wurde schmerzhaft und geschwollen, die wackelnden Zähne wurden herausgenommen und sahen gesund aus. Da Eiterung bestand, ging der Kr. von Neuem zum Zahnarzt und dieser extrahirte ein nekrotisches Stück des Alveolarfortsatzes. Später fand sich, dass die Haut des Gesichts u. die Schleimhaut der Wange anästhetisch war. Im J. 1882 wurde die Oberlippe roth und geschwollen, es entstand eine kleine Parulis und die Schneidezähne wurden wacklig. Nach Oeffnung des Abscesses aber wurden sie wieder fester.

Das Abfallen der Nägel ist bei Tabeskranken nach B. sehr häufig. Bei Diabetes kommt es auch, aber selten vor. In einem Theil der Fälle kann man annehmen, dass es sich um eine zeitweise Wachsthumshemmung der Nagelmatrix handle, gewöhnlich aber bilde die Gelegenheitsursache eine Ekchymose unter dem Nagel, welche in Folge heftiger lancinirender Schmerzen der Beine entsteht. Das Ausfallen der Zähne ist bei Diabetes häufig, bei Tabes nicht selten. Bei letzterer Störung handelt es sich nachgewiesenermaassen um eine Ernährungsstörung des Kiefers, eine rareficirende Osteitis, welche ihrerseits auf degenerativen Vorgängen in der Oblongata, speciell den Trigeminuswurzeln, beruht. Wahrscheinlich liegen die Verhältnisse beim Diabetes ähnlich. Schlüsslich macht B. auf die doppelseitigen Neuralgien der Diabeteskranken und deren Aehnlichkeiten mit den Schmerzen der Tabeskranken aufmerksam.

Eine Besprechung der eben erwähnten 2 Thesen enthält ein Aufsatz von Dreyfus-Brisac (Gaz. hebdom. XXX. 38. p. 622. 1883).

Hay-Margirandière (Contr. à l'étude de quelques troubles trophiques de l'ataxie locomotrice: Thèse de Paris 1883. Nr. 75) bespricht das *Ausfallen der Zähne und das Abfallen der Zehennägel* bei Tabes.

Nach seiner Ansicht gehen dem Ausfallen der Zähne immer Trigeminussymptome, sei es Lähmung, seien es Reizerscheinungen, was häufiger ist, voraus. Dieselben deuten die Ausdehnung der Störung, bei halbseitigen Schmerzen fallen die Zähne nur auf der betreffenden Seite aus. Merkwürdiger Weise sind die Zahnnerven selbst nicht Sitz der Schmerzen. Vielmehr ist charakteristisch, dass der Zahn ganz schmerzlos locker wird und, ohne dass Entzündungs-

erscheinungen auftreten, ausfällt. Der Zahn selbst ist intakt. Gelegentlich wird auch ein nekrotisches Stück des Alveolarfortsatzes ausgestossen. Rasch vernarbt die betreffende Stelle. In Wochen oder wenigen Monaten können alle Zähne verloren gehen. Ursache des Phänomens ist eine Erkrankung des Trigeminuskerns, wie Demange's Befunde beweisen. H.-M. gründet seine Ausführungen auf die Arbeiten von Vallin (Jahrbb. CLXXXVII. p. 290) und Demange (Jahrbb. CXCVI. p. 87), er selbst bringt folgende Beobachtung bei.

53jähr. Schuhmacher, seit 15 J. tabeskrank. Vor 2 J. fielen beiderseits schmerzlos die obern Molarzähne aus, ihnen folgten nekrotische Knochenstückchen, so dass eine Communikation zwischen Mund- und Kieferhöhle entstand. Später folgten die andern obern Zähne bis auf den Weisheitszahn. Der Unterkiefer war intakt.

Das Abfallen der Nägel der grossen Zehen kommt bei Tabes ohne nachweisbare Gelegenheitsursache vor, meist in spätern Stadien der Krankheit. Oft geht ein heftiger Schmerz in der Zehe längere Zeit voraus. Der Nagel löst sich unbemerkt oder unter Jucken langsam und fällt gelegentlich ab. Nach einiger Zeit bildet sich ein neuer Nagel, der oft rauh und unregelmässig ist, meist dasselbe Schicksal wie sein Vorgänger hat. Zuweilen zeigt sich vor dem Abfallen eine Ekchymose unter dem Nagel, doch ist diess nach Joffroy's Ausdruck ein Epiphänomen. Folgender Fall ist neu.

57jähr. Drechsler, seit $3^1/_2$ J. tabeskrank. Eines Tages bemerkte der Kr., dass beide Grosszehennägel lose waren und löste sie ab. Nach 3 W. Bildung eines neuen höckrigen Nagels. Nach 8 Mon. Wiederholung des ganzen Vorgangs.

Ueber *das Abfallen und die Verunstaltung der Nägel* bei Tabeskranken handelt auch Dom. Turon (Thèse de Bordeaux 1833. Vgl. Arch. de Neurol. II. 18. p. 435. 1883). Das anscheinend spontane Abfallen der Nägel betrifft gewöhnlich die grosse Zehe, doch erkranken auch andere Zehen. Gewöhnlich gehen tage- bis wochenlange Schmerzen voraus, zuweilen eine Blutung unter dem Nagel. Der Process wiederholt sich gewöhnlich öfters. Er kommt auch bei andern Krankheiten, besonders bei multipler Sklerose, vor. Wahrscheinlich sind die Zehennerven direkt erkrankt. Die Verunstaltung der Nägel vollzieht sich unter denselben Umständen wie das Abfallen, bez. begleitet das letztere.

F. Blanchard (Observ. de Mal perforant annonçant le début d'une affection spinale: Thèse de Paris 1882. Nr. 287) bringt einen neuen Fall, wo die Tabes ziemlich akut begann 3 Jahre nach Auftreten des *Mal perforant.* Der Kranke hatte in den Zehen, welche Sitz des Geschwürs gewesen waren, heftige Schmerzen, welche von da nach oben ausstrahlten.

H. W. Page (Brain V. p. 361. Oct. 1883) fragt auf Grund der Beobachtung eines 36jähr. Mannes, welcher durch *Mal perforant* beide grosse Zehen verloren hatte und später tabeskrank geworden war, ob nicht in derartigen Fällen die Tabes peripher entstehe u. sich längs der sensiblen Nerven zum Rückenmarke fortpflanze. Er erinnert daran, dass bei Mal perfor. die benachbarten Nerven degenerirt gefunden worden sind.

Fr. Treves (Lancet Oct. 21. 1882) spricht sich im Anschluss an die Mittheilung eines Falles von *perforirendem Fussgeschwür* dahin aus, dass diese Erkrankung als eine rein lokale aufzufassen sei, welche nur zufällig öfter bei Tabeskranken vorkomme.

Mour (Gaz. hebd. Nr. 30. 1882) macht darauf aufmerksam, dass das *Mal perforant* häufig und auch in seinem Falle jahrelang den andern Erscheinungen der Tabes vorausging.

Charcot und Ch. Féré (Arch. de Neurol. VI. 18. p. 305. 1883; vgl. Progrès méd. XI. 37. 1883) beschreiben eine *eigenthümliche Verunstaltung des Fusses bei Tabeskranken, den „Tabesfuss“.* Sie beobachteten den letztern zuerst 1881.

Ein 41jähr. Mann, welcher seit 1869 an Kehlkopfkrisen, seit 1871 an Blasenbeschwerden, seit 1879 an lancinirenden Schmerzen gelitten hatte, bemerkte zuerst 1879 eine Verunstaltung seiner Füsse. Dieselben schwollen leicht an und waren etwas schmerzhaft. Im J. 1881 typische Tabes. Beide Füsse waren verunstaltet, der rechte stärker. Der innere Fussrand war verdickt, entsprechend dem Os scaphoid., dem Os cuneif. prim. und dem Tarso-Metatarsalgelenk. Der Mittelfuss war nach aussen abgewichen. Krachen bestand nicht.

Einen ganz ähnlichen Fall demonstrirte H. W. Page auf dem internat. Congress in London (Transact. I. p. 124). Vgl. unten S. 295.

Weiter beobachteten Ch. u. F. den Tabesfuss bei einer 22jähr. Dame. (Sie machen dabei die Bemerkung, dass sie oft die Tabes bei Weibern sehr frühzeitig beginnen sahen, mit 18, 20, 25 Jahren.) Die Erscheinungen waren dieselben wie im 1. Falle. Ein 3. Fall betrifft eine 36jähr. Frau.

Neuropathische Belastung. Heirath mit 20 Jahren. Abortus. Ausschlag in der Genitalgegend und im Gesicht. Defluvium capillorum. Die nächsten Kinder starben bald nach der Geburt. Mit 28 J. Beginn der Tabes. In den letzten 4 J. rasche Entwicklung der Krankheit unter heftigen Gemüthsbewegungen. Mit 33 J. Niederkunft. Vier Monate später Anschwellung des linken Knies, 1 J. später Deformation des rechten Fusses ohne stärkere Schmerzen. Im J. 1882 bestand abnorme Beweglichkeit beider Kniegelenke, rechts Verdickung des untern Femurendes. Am rechten Fusse war der Metatarsus nach aussen abgewichen, so dass das Tarso-Metatarsalgelenk die Spitze eines stumpfen Winkels bildete. Nahezu alle Tarsusknochen schienen deform u. verdickt zu sein. Pes planus. Die Nägel beider Füsse waren verunstaltet. Beide Beine waren elephantiastisch verdickt.

Auch die anatomische Untersuchung eines Tabesfusses konnten Ch. u. F. vornehmen. Die untern Gelenkflächen des Astragalus, die Gelenkflächen des Calcaneus waren erodirt, abgeschliffen, mit kleinen Wucherungen am Rande besetzt. Der Astragalus war mitten durchgebrochen. Die Ossa scaphoid., cuboid. waren usurirt, kaum erkennbar, um sie herum fanden sich kleinere Stücke, unter denen zur Noth das 3. Cuneif. erkennbar war. Die ersten Cuneif. waren verdickt und mit den betreffenden Metatarsal-

knochen verwachsen. Alle Fussknochen waren spongiös, brüchig, leichter als in der Norm. Die Abhandlung ist durch gute Abbildungen illustrirt.

Gelenkerkrankung an den Füssen hat auch H. W. Page bei einem Kranken, welchen er dem internat. Congress vorgestellt hat, beobachtet (Brit. med. Journ. April 21. 1883).

Der 30jähr. Pat. hatte im October 1880 eine Anschwellung des rechten Fussrückens bemerkt, die allmälig zunahm. Im J. 1881 traten auf der Fusssohle mehrere Ulcera auf. Der ganze Fuss war vollständig empfindungslos. In gleicher Weise erkrankte der linke Fuss. Beide Füsse waren sehr deformirt, die einzelnen Fussknochen gegen einander verschiebbar. Ausserdem bestanden seit 4 J. lancinirende Schmerzen, gastrische u. Blasen-Krisen waren ebenfalls vorhanden gewesen.

Ueber *einen neuen Fall von Tabesfuss* berichtet Ch. Féré (Revue méd. IV. 6. p. 473. 1884).

Bei einem 52jähr. Kr. mit voll entwickelter Tabes bestand seit 2 J. am rechten Fusse die charakteristische Deformation. Der Fuss war platt und die mediale Partie, besonders in der Gegend des Tarsometatarsalgelenks, geschwollen. Bewegungen geschahen schmerzlos u. ohne Krachen. Auch die Gelenke der grossen Zehe waren verdickt. An der kleinen Zehe bestand ein Geschwür.

Der Abdruck der Fusssohle glich dem eines angebornen Pes planus. Er zeigte sich im Vergleich zu dem des andern Fusses aber auch verschmälert. Diess erklärt sich dadurch, dass aus dem Fussgewölbe ein Os cuneiforme nach Zerstörung der Ligamente nach oben tritt und die Schwellung am Fussrücken verursacht, während die übrigen Fusswurzelknochen näher zusammenrücken.

Einen *complicirten Fall von Arthropathie bei Tabes*, wo ebenfalls Tabesfuss bestand, ausserdem umfangreiche Exostosen am Femur sich fanden, beschreibt Boyer (l. c. p. 487).

Der Kr., welcher seit 1870 an lancinirenden Schmerzen litt, hatte schon im 1. Krankheitsjahre eine Spontanluxation des rechten Hüftgelenks erlitten. Nach 4 J. Deformation des rechten Knies und beider Füsse. Erst 1879 begann die Ataxie und trat Mal perforant ein. Im J. 1883 starb der Kr. an Tuberkulose. Bei der *Sektion* fand sich an Stelle des rechten Hüftgelenks eine Höhle mit knöchernen Wänden, innerhalb deren sich die atrophische Epiphyse des Femur befand. Unterhalb des Trochanter minus umgab die Diaphyse eine enorme unregelmässige Knochenwucherung. Die Kondylen waren verdickt, hatten aber ihre Form bewahrt und bestanden aus sehr brüchiger weicher Spongiosa, ebenso das Caput tibiae. Beide Fusswurzeln waren gänzlich deformirt, die aufgetriebenen unförmlichen Knochen waren von ödematösem Gewebe umgeben, zum Theil unter einander verschmolzen, in der Hauptsache aus brüchiger Spongiosa bestehend. Wegen der Einzelheiten der Beschreibung muss auf das Original verwiesen werden.

Eine *eigenthümliche Form der Arthropathie* haben Gaucher und Duflocq (l. c. 5. p. 419) beschrieben.

Der 59jähr. Kr. war mit 25 J. nach einem Choleraanfalle an nervösen Störungen erkrankt, bald danach hatten die lancinirenden Schmerzen begonnen. Dann hatten sich neben hysterischen die verschiedenen tabischen Symptome allmälig eingefunden. Im J. 1881 hatte sich Anschwellung des linken Unterschenkels von den Zehen bis zum Knie schmerzlos eingestellt, welche längere Zeit anhielt. Als sie schwand, blieb eine Verdickung der Knöchel zurück.

Zur Zeit bestand typische Tabes, Ataxie der Beine und Arme, Anästhesie bis zum Knie u. s. w. Das linke Fussgelenk war eigenthümlich verunstaltet. Während die Fussknochen selbst normal waren, stellte der innere Knöchel eine rundliche Geschwulst dar, zeigte die Tibia eine nach innen concave Einbiegung im untern Drittel. Am meisten war der äussere Knöchel verändert, das untere Viertel der Fibula war stark verdickt und nach vorn am untern Ende derselben sass eine beträchtliche Knochenwucherung.

J. A. Williams (Lancet Dec. 9. 1882) spricht sich über das Vorkommen von *Gelenk-* u. *Knochenaffektionen* bei Tabes aus. Zuweilen sei die Diagnose schwierig, weil die Brüchigkeit des Knochens bei Tabes verwechselt werden könne mit der durch bösartige Geschwülste verursachten. Diess beweise folgender Fall.

Ein 40jähr. Musikus brach beim Stiefelausziehen den rechten Oberschenkel. Der Bruch heilte in ca. 2 Mon. unter einem Schienenverband, aber bald nachher brach der Knochen von Neuem an der alten Bruchstelle, als der Kr. sich auf das rechte Bein stützte. Im Hospitale fand man eine beträchtliche und schmerzhafte Anschwellung, welche von der Mitte des Oberschenkels bis zum Kniegelenk reichte und die Kniekehle ausfüllte. Ausserdem fanden sich die Symptome der Tabes (Verlust des Kniephänomens, Opticusatrophie, Ungleichheit und Starre der Pupillen u. s. w.) und Reste von Syphilis (Bubonennarben, kupfrige Narben über den Schienbeinen u. auf der Brust). Unter Gebrauch von Jodkalium und unter Einreibungen grauer Salbe nahm die Anschwellung ab und heilte der Bruch.

Die rasche Entwicklung der Anschwellung, die Wiederholung der Fraktur sprechen nach W. für Tabes, das Fehlen von Kachexie, Drüsengeschwülsten u. s. w. gegen eine bösartige Knochengeschwulst.

Keetley (Transact. of the clin. Soc. XV. p. 14. 1882) beschreibt einen Fall tabischer *Arthropathie.* Der 34jähr. Kranke hatte ausser den gewöhnlichen Symptomen Anfälle von Durchfall und Mal perfor. an der rechten grossen Zehe. Im J. 1880 Schwellung der rechten grossen Zehe und der rechten Hüftgelenksgegend, dann auch Affektion des linken Hüftgelenks. Rasche Zerstörung der Gelenke ohne wesentlichen Schmerz, mit Krachen und Verkürzung des Beins.

G. Krönig berichtet über einen Fall von *Spondylolisthesis bei einem Tabeskranken* (Ztschr. f. klin. Med. VII. Suppl.-Heft p. 165. 1884.)

35jähr. Bäcker, welcher zur gewöhnlichen Zeit gehen gelernt, sich geistig und körperlich normal entwickelt, nie eine Verletzung der Wirbelsäule erlitten hatte. Seit 12 J. Schmerzen in den Beinen, Parästhesien, vorübergehend Doppeltsehen. Im J. 1882 war der Kr. mit dem linken Beine 3 Treppenstufen hinabgeglitten und wollte dabei deutlich ein Knacken in der Lendenwirbelsäule gefühlt haben, hatte jedoch weiter gehen und arbeiten können. Drei Monate später schleudernder, unsicherer Gang und Neigung, nach links zu fallen.

In der Charité fand man typische Tabes. Auffallende Herabsetzung der Periostsensibilität. Der Gang war ataktisch und watschelnd zugleich. Es bestand eine Spondylolisthesis des 5. Lendenwirbels, d. h. typischer Lendensattel, Lordose der Regio lumbalis, prolabirter und etwas herabgeglittener 5. Lendenwirbelkörper, gesteigerte Concavität der frontalen Kreuzbeinfläche u. s. w. (Die genaue Beschreibung s. im Originale.)

K. neigt zu der Ansicht, dass eine tabische Erkrankung des Sacrolumbalgelenks der Deformation zu Grunde liege, welche durch eine Fraktur des Wirbelbogens bei dem Fall des Kranken auf der Treppe zur Spondylolisthesis führte. Wenigstens sprach nichts für einen congenitalen Bildungsdefekt und war kein Trauma vorausgegangen, welches Fraktur einer gesunden Wirbelsäule hätte erzeugen können.

Th. F. Raven (Brit. med. Journ. Febr. 23. 1884. p. 351) beschreibt einen Fall von *tabischer Arthropathie* oder, wie die Engländer sagen, von Charcot's Krankheit. Erkrankt waren die Knie-, Hüft-, Fuss-, Schultergelenke. Der Kranke konnte seine Beine in die seltsamsten Stellungen bringen, da die Gelenke nach allen Richtungen überbeweglich waren. Keine gastrischen Krisen, nur Anfälle von Durchfall. Einige Male vorübergehende Hemiplegie mit Stimmlosigkeit (nicht Aphasie). Der Beginn der Knochenerkrankung hatte sich im 6. Jahre der Tabes gezeigt: Bei einer Rotation des Fusses brach der äussere Knöchel und von da an begannen die Funktionsstörungen der verschiedenen Gelenke.

In einem von Barrs (l. c. Febr. 2. p. 221) mitgetheilten Falle von *Arthropathie* bestand ein schlecht geheilter Bruch des rechten äussern Knöchels, Erkrankung des linken Hüftgelenks mit kolossaler Schwellung und Usur des Femurkopfes. Vor einiger Zeit war am Metatarsophalangealgelenk des rechten Fusses eine Schwellung mit Röthe u. Schmerz aufgetreten und nach 2 Mon. wieder verschwunden. Ausserdem keuchhustenähnliche Anfälle mit Würgen, Erbrechen, Magenschmerzen.

Ferner stellte Clement Lucas der klinischen Gesellschaft in London (Lancet I. 9; March 1884. p. 390) einen Tabeskranken mit *Arthropathie* des rechten Fusses und Ellenbogens vor. Die Ellenbogenaffektion war merkwürdig wegen der Bildung grosser Exostosen. Gastrische Krisen bestanden nicht. — In der Debatte kam Buzzard auf seine früher (vgl. Jahrbb. CXC. p. 277) ausgesprochenen Ansichten zurück, er halte auch jetzt an ihnen fest. Er theilte ferner einen neuen Fall von tabischer Erkrankung des Schultergelenks mit. Althaus, welcher die periphere Nervendegeneration für die Arthropathie verantwortlich machen will, und Moxon erhoben Widerspruch gegen Buzzard's Auffassung.

Clifford Allbutt (Brit. med. Journ. June 5. 1884) theilt einen Fall von *Arthropathie* bei Tabes mit. Schwellung und Deformation des linken Kniegelenks, Verdickung und Verkürzung des rechten Fusses. Es bestanden gastrische Krisen. Die Kr. war eine 39jähr. Frau.

W. Hale White (Lancet II. 2. p. 50. July 12. 1884) ist der Ansicht, dass *die Selbstständigkeit der tabischen Arthropathie noch durchaus nicht bewiesen sei* und sucht darzuthun, dass Unterschiede zwischen ihr und der Arthritis sicca in Wirklichkeit kaum bestehen. Weder die klinischen, noch die anatomischen Differenzen seien derart, dass man nicht die Arthropathien bei Tabes als ordinäre chronisch-rheumatische Gelenkaffektionen ansehen könne. Wenn die Knochenneubildung auffallend gering sei, die Usur überwiege, die Knochen dünn und brüchig seien, so erkläre sich diess daraus, dass der ganze Ernährungszustand der Pat. durch die chronische Spinalkrankheit herabgesetzt sei. In der Minderzahl der Fälle möge es sich um entzündliche Gelenkleiden handeln, welche durch die Läsion trophischer Nerven verursacht werden und nicht nur bei Tabes, sondern auch bei andern Rückenmarkskrankheiten, bei Gehirnaffektionen und peripheren Nervenstörungen vorkommen.

Phil. H. Kidd (Lancet II. 2. p. 53. July 12. 1884) beobachtete *Erkrankung beider Hüftgelenke* bei einem 42jähr. Tabeskranken im 1. Jahre der Krankheit. K. macht besonders auf die Schmerzlosigkeit der Affektion aufmerksam. Er glaubt, dass dieselbe auf eine Degeneration peripherer Nerven zu beziehen sei.

Suckling (Brit. med. Journ. March 15. 1884) beschreibt eine seit 3 J. bestehende *Kniegelenksentzündung* bei einem 50jähr., seit 5 J. an Tabes leidenden Manne.

e) Ueber die *Complikation der Tabes mit Herzaffektionen* (vgl. Jahrbb. CLXXXVII. p. 295; CXC. p. 275; CXCVI. p. 80) liegen einige weitere Mittheilungen vor.

Bei einem 45jähr., im 1. Stadium befindlichen Tabeskranken beobachtete Leonard Weber (New York med. Record XXI. 24. Dec. 9. 1882) eine akute Endokarditis.

Der Pat. war auf der Reise von mehreren Anfällen von Orthopnöe befallen worden, jedesmal nach Ausübung des Coitus. W. fand im Anfalle über den Lungen reichliche Rasselgeräusche und eine massenhafte Expektoration, am Herzen bestand perikarditisches Reiben und an der Spitze ein blasendes Geräusch. Letzteres blieb auch bei spätern Untersuchungen; zugleich wurde eine systolische Einziehung im 5. Intercostalraume bemerkt. Die Anfälle wiederholten sich öfter bei gleichem Anlass. Nach Jahresfrist waren die Symptome nahezu im Gleichen, der Puls war rasch, aber regelmässig, keine Herzvergrösserung, schwache Accentuation des 2. Pulmonaltones, an der Spitze systolisches Geräusch, welches auch am untern Schulterblattwinkel hörbar war.

Die Fälle Thibierge's (Encéphale, Juin 1882. p. 274) sind folgende.

1) 57jähr. Frau, seit 10 J. tabeskrank; nach dem Beginn der Tabes traten Palpitationen auf und zeitweise Anasarka; 1878 bestand ausser typischer Tabes ein diastolisches Geräusch an der Basis des Herzens; 1881 Tod an einer Phlegmone, welche sich an eine Morphiuminjektion angeschlossen hatte. Degeneration der Hinterstränge. Verdickung und Schrumpfung der nicht schlussfähigen Aortenklappen. Atherom der Aorta.

2) 33jähr. Engländer und Potator mit den Zeichen eines Aneurysma der aufsteigenden Aorta. Starkes Atherom der Radialarterien. Das Herzklopfen war früher aufgetreten, als die die Tabes eröffnende Sehstörung.

Truc (Lyon méd. XLII. 14—16. p. 478. 509. 550. 1883) berichtet 6 Fälle von Tabes mit *Herz-*

fehlern, deren ersten er selbst beobachtet hat, die übrigen sind ihm von Tripier, Renaut und Colrat mitgetheilt worden.

I. 63jähr. Mann. Früher Intermittens und Tripper; 1843 Schmerzen im Rücken und in den Gliedern; 1846 Syphilis. Alkoholismus. Seit 4 J. Schwäche der Beine und lancinirende Schmerzen. Zur Zeit typische Tabes. Vergrösserung der Herzdämpfung. Verstärkte Herzaktion. Frémissement. Zwei unterscheidbare systol. Geräusche, eins über der Spitze, eins über der Basis. Allgemeine starke Atheromatose. Keine Herzbeschwerden.

II. 52jähr. Mann. Seit 2 J. Tabes. Palpitationen. Diastolisches Geräusch über der Basis. — III. 59jähr. Frau, seit 6 J. Tabes. Vergrösserung des Herzens. Diastol. Geräusch über der Basis. Starkes Atherom. — IV. 60jähr. Frau. Mit 19 J. Syphilis. Mit 56 J. [!] Beginn der Tabes. Geistesstörung. Starkes systolisches Geräusch über der Spitze. Keine Veränderung der Mitralis post mortem. — V. 68jähr. Mann. Tabes mit starken Schmerzen. Vergrösserung des Herzens. Starkes systol. Geräusch über der Basis. Oedem. Albuminurie. — VI. 56jähr. Mann, seit lange tabeskrank. Viel Schmerzen. Atheromatosis. Aorteninsufficienz. Albuminurie.

Unter 35 bez. Fällen fand Tr. 10mal Mitral-, 20mal Aortenfehler, 5 unbestimmte Herzkrankheiten. Durchaus nicht alle Tabeskranken mit Herzfehlern hatten starke Schmerzen. Unter 12—15 Tabeskranken in Lyon war einer herzkrank und litt nicht stark. Mehrere aber ertrugen seit 10—35 J. die heftigsten Schmerzen, ohne dass am Herzen Veränderungen aufgetreten wären. Die Mitralfehler mögen zum Theil zufällige Complikation sein. Dass aber zwischen Aortenfehlern, bez. Atheromatose, u. Tabes ein Zusammenhang bestehe, hält Tr. für wahrscheinlich. Sein Lehrer Renaut hat 3mal zugleich schmerzhafte Tabes, interstitielle Nephritis u. Aortenfehler beobachtet und meint, dass vielleicht diese Trias auf allgemeine Arteriosklerose zu beziehen sei, dass wahrscheinlicher noch die letztere Wirkung der Tabes sei.

Balacakis (Des lésions aortiques chez les ataxiques. Thèse de Paris 1883. Nr. 152) hat aus der Literatur 29 Fälle von *Aortenfehlern* bei Tabes zusammengestellt. Das Durchschnittsalter der Kr. war 50 Jahre. Angaben über Atheromatose fanden sich nur 16mal, B. nimmt an, dass die Autoren dieselbe in den andern Fällen übersehen haben. Er selbst hat unter 54 Tabeskranken, welche er in den verschiedenen Hospitälern von Paris untersuchte, nur 3 mit Aortenfehlern gefunden.

I. 52jähr. Frau. Keine frühere Krankheit. Mit 24 J. neuralgische Schmerzen in der linken Gesichtshälfte. Im J. 1878 Palpitationen und Oedem. Etwas später Pleuritis und Variola. Während der Reconvalescenz Beginn der Tabes mit lancin. Schmerzen, Gürtelgefühl u. s. w. Zur Zeit typische Tabes. Spitzenstoss im 6. Intercostalraum. Systol. und diastol. Geräusch über der Basis cordis. Die *Sektion* (Tod durch Herzlähmung) ergab Hypertrophie des Herzens, Atherom der Aorta, Verdickung und Verkürzung der nicht schlussfähigen Aortenklappen, Intaktheit der Mitralis.

II. 45jähr. Frau. Mit 8 J. Variola. Seit 3 J. Gürtelschmerzen u. s. w. Spitzenstoss im 6. Intercostalraum, diastol. Geräusch über der Basis. Verdickung der Radialarterie.

III. 55jähr. Mann. Früher nur Typhus mit 20 Jahren. Seit 10 J. lancinirende Schmerzen u. s. w. Systol. Geräusch über der Basis. Normaler Puls. Gewundene und verdickte Temporalarterien.

Ausserdem sind bei 11 Fällen Symptome notirt, die auf eine Störung am Mitralostium schliessen lassen.

B. ist der Ansicht, dass bei Tabeskranken, die an Rheumatismus, Syphilis u. s. w. gelitten haben, Aortenfehler ziemlich häufig sind, während sie, wo die erwähnten Krankheiten nicht vorausgegangen sind, nur selten vorkommen. Wo sie sich finden, besteht meist höheres Alter. Er glaubt daher nicht, dass ein Zusammenhang zwischen der Tabes und den Aortenfehlern anzunehmen sei. Die letztern entstehen bei Tabeskranken ebenso wie bei andern, ihre nächste Ursache ist Atheromatose, welche theils auf Syphilis, Alkoholismus u. s. w. zu beziehen, theils eine Altersveränderung ist. Die Aortenfehler bleiben häufig lange Zeit symptomenlos, und zwar bei Tabeskranken nicht mehr als bei andern. Bemerkenswerth ist, dass sie nicht selten den Tod der Tabeskranken herbeiführen.

Die Hypothesen, welche über die Abhängigkeit der Aortenfehler von der Tabes aufgestellt worden sind, bekämpft B. und erörtert die naheliegenden Gründe, welche gegen die Aufstellungen Grasset's, Letulle's u. A. geltend zu machen sind.

Albespy (Des lésions de l'orifice mitral chez les ataxiques. Thèse de Paris 1883. Nr. 461) hat 23 Fälle von Tabes zusammengestellt, welche mit Affektionen des *Mitralostium* combinirt war. Dieselben sind aus 61 Fällen von Tabes mit Herzkrankheit ausgewählt; 13mal bestand die Mitralisstörung allein (10mal Insufficienz, 3mal Stenose), 10mal waren gleichzeitig Veränderungen des Aortenostium vorhanden. Nur 3mal wurde früherer Rheumatismus angegeben, 4mal Syphilis, meist zusammen mit Alkoholismus oder Typhus u. s. w.; 15mal fehlte über frühere Krankheiten eine positive Angabe. Das Herzleiden bestand ziemlich oft unbemerkt und offenbarte sich erst bei der physikalischen Untersuchung. Die einzelnen Fälle sind zum Theil dieselben, welche Balacakis verwendet hat. Wir referiren einen eigenen Fall Albespy's.

62jähr. Mann. Mit 22 J. Syphilis. Alkoholismus. Die Tabes schien vor 3 J. begonnen zu haben [!]. Es bestand Vergrösserung der Herzdämpfung, ein systol. Geräusch an der Spitze, ein diastol. über der Basis, Unregelmässigkeit des Pulses, Verdickung der Radialarterie.

A. findet zwar keine der aufgestellten Hypothesen für alle Fälle anwendbar, ist aber geneigt, einen Zusammenhang zwischen Tabes und Herzkrankheit anzunehmen.

Teissier (Lyon méd. XLIII. 6. 1884) hält sowohl die Tabes, als die durch Atheromatose entstehenden Aortenfehler für die Folgen desselben Processes, nämlich der *Endarteriitis* der Gefässe, welche im Rückenmarke zu sklerotischen Processen, an den Gefässen und im Herzen zu atheromatöser Entartung führe. Die Erkrankung der Aortenklappen sei oft während des Lebens nicht deutlich zu erkennen.

Post mortem aber finde man kleine Perforationen der Klappen. T. berichtet 8 derartige Fälle, wo zugleich chron. Nervenkrankheiten (multiple Sklerose, Epilepsie u. s. w.) bestanden.

Ref. ist der Meinung, dass die Häufigkeit der Aortenfehler bei Tabeskranken sich am einfachsten auf die frühere Syphilis dieser Kranken beziehen lässt.

f) *Verschiedenes.*

In einem Vortrage „zur Symptomatologie der Tabes dorsalis" (Bresl. ärztl. Ztschr. Nr. 13. 1884) besprach O. Berger zunächst die Bedeutung der *lancinirenden Schmerzen.* Sie sind fast immer vorhanden, fehlten nach B.'s Zusammenstellung unter 380 Tabesfällen nur in 14.5%. Bei andern Krankheiten sind sie sehr selten, am ehesten kommen sie bei der multiplen Sklerose vor. B. kann daher der Behauptung Westphal's, dass die lancinirenden Schmerzen relativ häufig ohne tabische Grundlage vorkommen, nicht zustimmen. Die *Ataxie* kann während der ganzen Dauer der Krankheit fehlen. Die wichtigsten objektiven Symptome sind das Fehlen des Kniephänomens, neben welchem mit derselben Regelmässigkeit der Achillessehnenreflex fehlt, und die reflektorische Pupillenstarre.

Die initialen Neuralgien können unter dem Bilde einer heftigen *Migräne* auftreten. In 5 Fällen traten paroxystische Schmerzen in einer oder beiden Schläfe- und Scheitelregionen auf, die als messerstichähnlich und blitzend bezeichnet wurden, anfangs sich in 3—4wöchentl. Intervallen, später häufiger wiederholten und stets von Uebelkeit, sowie mehrmaligem Erbrechen begleitet waren. Bei 2 weiblichen Kr. waren diese Anfälle mit der Menstruation verknüpft. In 2 Fällen traten später Opticusatrophie und die übrigen Tabeserscheinungen auf. Bei 3 Kr. waren charakteristische Gliederschmerzen und Gürtelgefühl die nächsten Erscheinungen. In allen 5 Fällen fehlten die Sehnenreflexe bei erhaltener mechanischer Contraktilität des Quadriceps und 2mal war reflektorische Pupillenstarre vorhanden.

Chronische Blasenbeschwerden ohne palpable Lokalerkrankungen müssen den Verdacht auf Tabes erwecken. In manchen Fällen, die man als Tabes dysurica bezeichnen könnte, bilden die Blasenstörungen nicht nur das erste, sondern auch für lange Zeit das einzige Symptom der Tabes. Allerdings fehlt regelmässig dabei das Kniephänomen. In 3 Fällen B.'s fand sich auch reflektorische Pupillenstarre. In den 15 F. B.'s schwankte die Latenzperiode zwischen 8 Mon. und 7 J., so dass ein Pat. 7 J. lang als blasenkrank galt. In der Mehrzahl der Fälle zeigten sich anfangs: lancinirende Schmerzen in der Tiefe des Beckens und am Perinäum, Stiche und Brennen in der Urethra, Hyperästhesie des Blasenhalses, später Harnzwang, dysurische Beschwerden, Retention u. s. w. Auf die diagnostische Wichtigkeit einer bei Männern plötzlich auftretenden Enuresis nocturna hat B. schon früher (Jahresb. der schles. Ges. f. vaterl. Kultur 1877. p. 218) aufmerksam gemacht. Steinbildung hat B. bei seinen Tabeskranken nicht gesehen.

Im Anschluss an die Mittheilungen Berger's über *Migräne bei Tabes* weist Oppenheim (Berl. klin. Wchnschr. XXI. 38. p. 603. 1884) darauf hin, dass schon französische Autoren, Duchenne und besonders Pierret, migräneähnliche Kopfschmerzen bei Tabes beobachtet haben. Er selbst fand unter 85 Tabeskranken 12 (10 Frauen, 2 Männer), bei denen typische Anfälle von Migräne bestanden hatten oder noch bestanden. Er glaubt daher, dass das Zusammentreffen beider Krankheiten kein zufälliges sein kann. Die Migräne war häufiger bei tabeskranken Frauen, als bei Männern: unter 32 tabischen Frauen 10 mit Migräne. Am häufigsten hatte die Migräne viele Jahre, ja Jahrzehnte vor dem Eintritt der Tabessymptome bestanden. Sie war im Laufe der Zeit immer intensiver geworden. Mit der Entwicklung der Tabessymptome hatte sie aufgehört oder war schon früher zurückgetreten. In einigen Fällen hatten nur die Kopfsymptome aufgehört, das Erbrechen war hartnäckiger geworden, es hatte ein Uebergang der Migräne in die Crises gastriques stattgefunden. In seltenern Fällen hatte die Migräne nach Entwicklung der Tabes fortbestanden. Nur 1mal, bei einem 39jähr. Mann, der seit 7 J. an Tabes litt, bestand erst seit 3 J. Migräne. Bei jedem Migränekranken soll man nach O. die Prüfung auf beginnende Tabes richten, namentlich wenn die Anfälle häufiger u. schwerer geworden sind. Findet man Fehlen des Kniephänomens, so kann man Tabes incipiens annehmen. Bei einer 30jähr. Frau, welche seit Kindheit an heftiger Migräne litt, waren in letzter Zeit die Anfälle häufiger und heftiger geworden. O. fand Fehlen des Kniephänomens. Pat. gab auf Befragen ziehende Schmerzen in den Beinen an. Später traten Gürtelgefühl und Sensibilitätsstörungen ein.

Ch. Féré (Arch. de Neurol. VII. 20. p. 224. 1884) giebt eine Uebersicht über die *Störungen des Harnapparates bei Nervenkrankheiten, besonders bei Tabes.* Die Harnabsonderung ist bei Tabes selten eine abnorme. Ausnahmsweise ist Oligurie beobachtet worden. Fabre (Merklen, étude sur l'anurie. Thèse 1881. p. 222) beobachtete 2mal während mehrerer Tage eine Harnmenge von 300 und 700 Gramm. Polyurie tritt bei Tabeskranken nach Nieren- und Blasenkrisen auf, gelegentlich auch selbstständig. F. vergleicht diese anfallsweisen „Urin-Diarrhöen" mit den Darmkrisen. Die Störungen der Harnentleerung sind neuerdings übersichtlich beschrieben in der These von Geffrier (Etude sur les troubles de la miction dans les maladies du système nerveux. Thèse 1884), welche hauptsächlich über die Tabes handelt. Sie bestehen grösstentheils in Veränderungen der Sensibilität, Anästhesie, Dysästhesie u. Schmerzanfällen. Anästhesie der Blase lässt das Bedürfniss zu uriniren verschwinden, Anästhesie der Harnröhre lässt den Harn unbemerkt abfliessen. Beide scheinen meist zusam-

men aufzutreten. Die Kr. gewöhnen sich, zu bestimmten Stunden zu uriniren, weil die Natur sie nicht erinnert, sie müssen den Harnstrahl sehen, weil sie sonst nicht wissen, ob der Akt beendigt ist oder nicht. Als Dysästhesie der Blase ist das Gefühl der Schwere, der Spannung im Unterleibe, das häufige und unwiderstehliche Bedürfniss, zu uriniren, anzusehen. Gelegentlich ist der Akt von Kitzeln, Brennen in der Harnröhre begleitet. Die Blasen- und Urethralkrisen hat Queudot (vgl. Jahrbb. CXCVI. p. 84) beschrieben.

Hierher gehört auch die von Velpeau beschriebene Neuralgia ano-vesicalis. Die Schmerzanfälle sind oft von Hämorrhagien begleitet. Auch F. und Geffrier haben derartige Fälle beobachtet. Diese Blutungen sind analog den Ekchymosen der Haut nach den lancinirenden Schmerzen (Strauss, vgl. Jahrbb. a. a. O.). Eine Lähmungserscheinung ist die Retentio urinae, welche in den verschiedensten Graden auftritt und zu Incontinentia paradoxa führen kann. Die Incontinenz tritt meist in leichterer Form auf, bei gefüllter Blase, beim Lachen, Husten u. s. w. gehen einige Tropfen ab. Das unbewusste Harnen in bestimmten Zwischenzeiten ist selten, nur Nachts kommt es öfter vor. Das stetige tropfenweise Abfliessen des Harns, bei dem die Blase leer bleibt, ist sehr selten. Geffrier hat eine Ataxie der Blase beschrieben. Manche Kr. können nach langen erfolglosen Bestrebungen mit kräftigem Strahl uriniren, aber plötzlich wird derselbe unterbrochen und das Spiel beginnt von Neuem. Oder der Kr. resignirt, da sein Pressen nichts fruchtet, aber bald nachher ergiesst sich der Urin in die Kleider.

Die Harnbeschwerden können das 1. Symptom der Tabes sein, in der Regel aber treten sie erst nach andern Erscheinungen auf und werden allmälig stärker. Seltner ist plötzlicher Eintritt, so dass z. B. der Kr. mit completer Retention erwacht. Sie sind anfänglich oft vorübergehend, werden schlüsslich aber dauernd und oft genug Ursache des Todes. Aus Harnbeschwerden allein die Tabes zu diagnosticiren, wie Geffrier will, hält F. nicht für zulässig, da auch andere Nervenkrankheiten vorliegen können.

J. Russell (Med. Times and Gaz. Aug. 19. 1882. p. 209) beschreibt 2 „*ungewöhnliche*“ Fälle von Tabes. Im 1. hatte die Krankheit mit Magenkrisen begonnen und war, wie diess nicht selten geschieht, mit Gallensteinkolik verwechselt worden. Im 2. waren nacheinander an beiden grossen Zehen Ulcerationen entstanden, die Endphalanx war durch Nekrose verloren gegangen.

J. de Castro (l. c. Sept. 2. 1882. p. 275) beobachtete einen Fall, wo eine Anzahl Tabessymptome bestanden, das Kniephänomen erhalten war und die Aerzte abweichende Urtheile gefällt hatten. Die Beschreibung ist unvollständig, über die Pupillen ist Nichts gesagt etc.

J. H. Pooley (Philad. med. and surg. Reporter XLIX. p. 169. Aug. 18. 1883) erwähnt 4 Fälle von angebl. Tabes. Im 1. handelte es sich um eine nicht ganz durchsichtige cerebrospinale Affektion bei einer 61jähr. Frau. Auffallend war, dass sich fortwährend die Epidermis in Fetzen abstiess. Im 2. u. 3. Fall schloss sich an die Ataxie ein maniakalischer Zustand an, in dem der Tod erfolgte. Im 4. Fall, bei einer tabeskranken Frau bestanden häufige Anfälle von Glottiskrampf und hochgradige Anästhesie des Rumpfes mit Gürtelgefühl. Die Krankengeschichten sind flüchtig.

Gouguenheim (Ann. des mal. de l'oreille etc. IX. 5. p. 256. 1883) berichtet von einem vor 16 J. inficirten, seit 8 J. an Tabes leidenden Manne. Seit 2 Mon. waren zeitweise *Aphonie u. Erstickungsanfälle* aufgetreten. Der Kr. starb im Marasmus. Ein Sektionsbericht fehlt.

Einen etwas zweifelhaften Fall mit *Larynxkrisen* beschreibt G. Rummo (L'Union 18. 1884. p. 986).

Ch. K. Mills (Journ. of nerv. and ment. dis. N. S. VIII. p. 421. July 1883) erzählt eingehend Krankengeschichte u. Sektionsbefund eines Falles von Tabes mit allgem. progressiver Paralyse. In der Diskussion (Ibid. p. 479) wurden ähnliche Fälle erwähnt.

C. Tweedy stellte der med. Sektion der Academy of Ireland (Dublin Journ. 3. Ser. CXXXV. p. 263. March 1883) 2 Tabeskranke vor. Der eine hatte *Argyrie;* er war seit 12 J. mit Arg. nitr. behandelt worden. Der 64jähr. Mann zeigte keine „ataktischen Symptome“ mehr, war also gewissermaassen geheilt. Der andere Kr. hatte auf der linken Körperseite beschränkte Anfälle von Erythem, ohne neuralg. Schmerzen u. einen psoriasisähnlichen Fleck auf dem linken Handgelenk.

Stroinski (Chicago med. Journ. and Exam. April 1883; Ref. Arch. gén. Nov. 1883. p. 611) beschreibt 2 Fälle von „*Stenose des Uterus* mit Symptomen von Ataxie locomotrice.“ Im 1. F. handelte es sich um eine 52jähr., kinderlose, seit 3 J. nicht mehr menstruirte Frau. Kälte, Anästhesie, Schmerzen der Beine, Incontinenz. Der Muttermund war verschlossen. Str. perforirte die Cervix mit einem Trokar, legte Laminaria, dann ein intrauterines Pessarium ein. Nach 6 Wochen waren die Symptome von Ataxie locom. verschwunden. Ganz ähnlich war der 2. Fall.

S. G. Webber (Journ. of nerv. and ment. dis. N. S. VII. p. 438. July 1883) theilt 8 Fälle von Tabes mit, die ihm wegen ihrer Symptomatologie oder ihres Verlaufes merkwürdig erschienen. Bei einigen ist die Diagnose zweifelhaft. In der Debatte (p. 492) bemerkte Walton, dass Degeneration des Acusticus bei Tabes sehr selten zu sein scheine. Meist sei die vorhandene Schwerhörigkeit durch Mittelohrerkrankung verursacht. Jewell machte darauf aufmerksam, dass absolute Bettruhe und die Vermeidung von Temperaturschwankungen bei Tabes zuweilen von grösstem Nutzen sei. Im Allgemeinen gab man der Behandlung mit Arg. nitr., event. Galvanismus und Hydrotherapie, den Vorzug und eine Reihe von Rednern berichtete Fälle von Besserung, resp. anscheinender Heilung. Auch W. A. Hammond betonte den Nutzen der absoluten Ruhe. Von der Behandlung mit dem farad. Pinsel hat er in vielen Fällen wenig Gutes gesehen.

Zuelzer (Untersuch. über die Semiologie des *Harns*. Berlin 1884) hat bei Tabes im Vormittags- und Nachtharn relative Zunahme der Phosphorsäure und des Kalium, ebenso der Glycerinphosphorsäure

gefunden. Auch der Kalk war relativ vermehrt, ähnlich wie nach Hirnfütterung bei Thieren.

4) *Pathologisch-Anatomisches.*

Fr. Schultze (Arch. f. Psychiatr. etc. XIV. 2. p. 359. 1883) schliesst sich durchaus der Meinung Derjenigen an, welche eine *primäre Atrophie der Nervenfasern* bei der Tabes annehmen. Es kann nicht der geringste Zweifel obwalten, dass die Wucherung des Zwischengewebes als Folge des Untergangs von Nervenfasern eintritt, sei es durch einen eigenthümlichen Reiz, den irgend welche Bestandtheile der untergehenden Faser ausüben, sei es als Ausdruck von Regenerationsbestrebungen, sei es als früher latenter Wachsthumsdrang der Glia, welcher durch den Wegfall der Nervenfaser frei wird. Die Verbreitung der Degeneration bei Tabes lehrt unzweifelhaft gerade in den intensivsten, aber reinen Fällen der Erkrankung, dass wesentlich die Fortsetzungen der hintern Wurzeln, sowohl die langen, zu den Clavae ziehenden Bahnen, als die kürzern, in den Grundbündeln der Hinterstränge verlaufenden, erkrankt sind, während die Cerebellarbahnen, welche bei der *Friedreich*'schen Erkrankung mitergriffen sind, völlig intakt bleiben. Es entsteht somit ein sehr ähnliches Bild wie bei der sekundären Degeneration nach Verletzungen der Cauda equina (welches Sch. im Vorhergehenden ausführlich geschildert hat), nur dass auch im Halstheile die Fortsetzungen der cervikalen sensiblen Wurzeln in den Hintersträngen miterkrankt sind und die Entartung der Goll'schen Stränge einen grössern Raum einnimmt. „Fasst man beide Arten von Hinterstrangbahnen, die zwar denselben Ursprung, nämlich die hintern Wurzeln, aber eine verschiedene Endigungs- und Verlaufsweise haben, als zwei verschiedene Fasersysteme auf, so haben wir die Erkrankung zweier Fasersysteme, also schon eine combinirte Systemerkrankung im Strümpell'schen Sinne.“ Sollte nachgewiesen werden, dass die Endstationen der langen Fasern funktionell völlig gleichwerthig mit denen der kurzen sind, so würde jede systemat. Sonderung der langen und kurzen Bahnen wegfallen, wie diess Kahler will, und man würde bei der Tabes nur von einer Systemerkrankung der sensorischen Bahnen des Hinterstranggebietes im Allgemeinen zu sprechen haben.

Adamkiewicz (Anzeiger d. k. k. Akad. d. Wiss. in Wien vom 6. März u. 3. April 1884) hat zur Rückenmarksfärbung Safranin und Methylenblau angewendet. Durch Safranin wird die weisse Substanz orangegelb, das Bindegewebe und die graue Substanz roth bis violett, durch Methylenblau wird jene blau, diese werden grün. „Durch Modifikationen des Verfahrens kann man jede der beiden, die Doppelfärbung zusammensetzenden Tinktionen isolirt darstellen. Es kann also entweder nur die weisse Substanz orange, resp. blau, oder nur Pia-Gewebe, Septa und die graue Substanz roth, resp. grün, gefärbt werden. Im 1. Falle kann man constatiren, dass bestimmte, central gelegene, in den einzelnen Rückenmarkssträngen an Form und Lage einander entsprechende Partien eine ganz besondere Affinität zum Farbstoff haben. „Ich möchte sie deshalb die *chromoleptischen* (χρωμα, λαμβανειν) Partien nennen. Der Träger des Farbstoffs ist in diesem Falle nicht der Achsencylinder, sondern eine Substanz, welche meist dem Achsencylinder anliegt und auf Querschnitten gewöhnlich halbmondförmige Gestalt hat.“ „Die parenchymatöse Form der Tabes besteht in einer *Degeneration der hintern chromoleptischen Partie,* die weder mit den Goll'schen, noch mit den Burdach'schen Strängen übereinstimmt. Und diese Degeneration äussert sich darin, dass in den Nerven dieser Partien die chromoleptische Substanz zu Grunde geht. Aus den so veränderten Nerven entwickelt sich mit der Zeit eine Art Bindegewebe. Die hintern Wurzeln sind bis zu ihren Ausstrahlungen in die hintere chromoleptische Partie meist intakt.“

In einem auf dem Kopenhagener Congresse gehaltenen Vortrage (vgl. Centr.-Bl. f. Nhkde. etc. VII. 17. 1884) sprach sich Adamkiewicz dahin aus, dass die chromoleptische Substanz der Hinterstränge auf dem Querschnitte ein S-förmiges Gebilde sei, gleich den Ausschnitten im Resonanzboden der Violine. Im Beginn der Tabes seien dieser S-förmige Bezirk und die Goll'schen Stränge erkrankt. Nach dem Zugrundegehen der chromolept. Substanz degenerirt die ganze Nervenfaser und an ihrer Stelle bleibt eine Lücke. Die Neuroglia ist dabei anfänglich ganz normal, erst später werden ihre Septa verdickt. Im weitern Verlaufe dehnt sich die Degeneration nach aussen, nach den Hinterhörnern zu und nach hinten, nach der Peripherie zu aus, die vordersten Abschnitte der Hinterstränge bleiben frei.

Der parenchymatösen Form der Tabes soll nach A. die interstitielle Form gegenüber stehen, welche er früher geschildert hat und wo die Erkrankung von dem die Blutgefässe begleitenden Bindegewebe ausgeht.

H. Lissauer (Fortschritte der Med. 15. Febr. 1884) hat mit der Fuchsinfärbung Weigert's nachgewiesen, dass die *Clarke'schen Säulen* sehr reich an feinen Nervenfasern sind. Bei 10 Fällen von Tabes fand er, dass diese Fasern zum grössten Theil geschwunden waren. Besonders bei älterer Tabes lagen die wohlerhaltenen Ganglienzellen der Clarke'schen Säulen in einem ganz blassen, von Nervenfasern fast vollständig freien Gewebe, während in der umgebenden grauen Substanz zahlreiche Nervenfasern durch die Färbung sichtbar geworden waren. Schon makroskop. erschienen in dünnen Schnitten die betr. Bezirke blass und durchscheinend. Es scheint demnach bei Tabes regelmässig eine Atrophie der Nervenfasern der Clarke'schen Säulen vorzukommen.

Rumpf (Arch. f. Psychiatrie u. s. w. XV. 2. p. 419. 1884) berichtet zunächst *über Rückenmarksblutung nach Nervendehnung.*

In einem Falle typischer Tabes waren beide Ischiadici blutig gedehnt worden. Nach der Operation wurde die Anästhesie stärker und traten klonische Krämpfe in den Muskeln der Beine und des Rückens auf, wurden Blase und Mastdarm gelähmt. Obwohl die Wunden per prim. int. verheilten und die Krämpfe nachliessen, bildete sich eiteriger Blasenkatarrh, trat Fieber mit Schüttelfrösten auf und erlag der Kr. schlüsslich einer Pneumonie.

Bei der *Sektion* fand sich in der Höhe des 8. Brustwirbels ein Bluterguss innerhalb der Pia, der eine Länge von ca. 3 cm hatte, in der Breite etwa $1^1/_4$ cm maass. In dieser Höhe war das Rückenmark sehr blutreich, mikroskopisch sah man Erweiterung der Gefässe und in den Hintersträngen einzelne kleine Blutungen.

Weiter berichtet nun R. sehr eingehend über den mikroskop. Befund der Hinterstrangdegeneration. Im Allgemeinen ergaben Querschnitte dasselbe Bild, welches Strümpell beschrieben hat. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. An Längsschnitten sah R. in den erkrankten Theilen der Hinterstränge beträchtliche Verdickung der Gefässe, besonders waren Media und Adventitia verdickt, ihre Scheiden von zahlreichen Kernen durchsetzt. Es schien, als ob durch die verdickten Gefässe die Nervenfasern comprimirt würden und an der Stelle des Druckes zuerst degenerirten. Auch in den Theilen der Hinterstränge, welche anscheinend noch nicht erkrankt waren, fanden sich die beschriebenen Veränderungen der Gefässe, wenn auch weniger ausgeprägt. R. kam daher zu der Vermuthung, dass der *Ausgangspunkt der Erkrankung nicht sowohl im Parenchym, als in den Gefässen* gesucht werden müsse, und wurde in derselben bestärkt, als er an einem Rückenmarke mit sekundärer Degeneration jene Gefässveränderungen nicht fand. Es handelte sich um eine Rückenmarksblutung bei einem 14jähr., an Herzhypertrophie und Nephritis leidenden Mädchen, welche nach geringem Trauma und heftigem Schreck aufgetreten war und nach 21 Tagen zum Tode geführt hatte. Die Blutung erstreckte sich durch das ganze Brustmark. Im Halsmark waren die Goll'schen Stränge degenerirt, ihre Gefässe zeigten aber auf Längsschnitten durchaus keine Verdickung oder Kernvermehrung.

In einer nachträglichen Bemerkung bestätigt R. die oben erwähnten Angaben Lissauer's.

Landouzy und Dejérine (C. r. de la Soc. de Biol. 7. S. IV. p. 367. 1883) haben in einem Falle mit *Larynxkrisen* die *Oblongata* untersuchen können.

Die 54jähr. Kr. litt seit Jahren an Tabes. Die Vff. beobachteten an ihr 4 schwere Kehlkopfkrisen.

Im Rückenmark fanden sich die gewöhnlichen Veränderungen. Die Wurzeln der NN. vagi und accessorii waren atrophisch und grauröthlich, ihre Kerne zeigten Pigmentatrophie der Zellen, besonders im obern Theile. Der Hypoglossuskern, die aufsteigende Trigeminuswurzel u. s. w. waren ganz normal. Bindegewebswucherung fand sich in der Oblongata nicht. Die Hinterstrangdegeneration reichte nur bis zum Calamus scriptorius.

F. Raymond (Arch. de Physiol. etc. 2. S. X. 7. p. 457. 1882) beschreibt einen Fall *combinirter Strangerkrankung.*

Bei der 78jähr. Pat., welche an Pneumonie starb und seit langen Jahren an lancinirenden Schmerzen gelitten hatte, bestanden spastische Lähmung der Beine u. Arme, verbreitete Muskelatrophie, gesteigerte Sehnenphänomene und Hautreflexe, keine Blasenstörungen, keine Anästhesie u. s. w. Es fand sich (nach den Abbildungen) im obern Halsmark Degeneration der innern Vorderstränge, der Pyramidenseitenstrangbahnen (partiell), der Kleinhirnseitenstrangbahnen und der Hinterstränge, im untern Halsmark Degeneration eines Dreiecks in den hintern Seitensträngen, dessen Hypothenuse an die Peripherie stiess, und des hintern Theils der Goll'schen Stränge, im Dorsalmark eines spitzwinkligen Dreiecks in den Seitensträngen und eines schmalen Streifens längs der hintern Incisur, im Lendenmarke schwache Degeneration innen und aussen von den hintern Wurzeln. Ausserdem Atrophie der Vorderhornzellen im ganzen Marke und der Clarke'schen Säulen.

Damaschino (Gaz. des Hôp. 4; Jan. 1883) bespricht eine Anzahl Fälle, wo *Gehirnläsionen* zusammen mit Tabes gefunden wurden. 1) Sekundäre absteigende Degeneration bei Tabes (das Kniephänomen hatte gefehlt). 2) Erweichungsherd in der Brücke bei Tabes mit absteigender Degeneration, bes. des Türck'schen Bündels. 3) Progressive Paralyse combinirt mit multipler Sklerose. 4 u. 5) Progress. Paralyse mit Degeneration der Hinter- und Seitenstränge. Die Hinterstrangdegeneration sei nicht selten mit Seitenstrangdegeneration combinirt. Der Tabes gesellen sich dann paralytische Erscheinungen zu.

In einem von Buzzard beobachteten Falle (Brain VII. Jan. 1884) hatten während des Lebens die Erscheinungen der Tabes bestanden. Nach 2jähr. Krankheit war der Pat. gestorben. Bevan Lewis fand ausser Degeneration der Hinterstränge solche der Kleinhirnbahnen und Schrumpfung der Vorderhörner. Die spinalen Gefässe waren verdickt, erweitert u. s. w., in ihrer Umgebung war die Erkrankung am stärksten. B. L. nahm an, dass die *Periarteriitis*, in den spinalen Häuten beginnend und von da auf das Mark übergehend, die primäre Erkrankung sei. Buzzard hält die Krankheit mit Rücksicht auf die von Adamkiewicz ausgesprochenen Ansichten für eine besondere Form der Tabes.

Mehrere Arbeiten handeln über die *Degeneration peripherer Nerven bei Tabes.* Dejérine (Arch. de Physiol. etc. XV. 5. p. 72. Juillet 1883) hat eine ausführliche Arbeit über diesen Gegenstand geliefert, nachdem er das Wesentliche schon früher (vergl. Jahrbb. CXCVI. p. 189) mitgetheilt hatte.

Es bestehe oft ein Missverhältniss bei Tabes zwischen dem Grade der Anästhesie und der anatom. Veränderung im Marke. Oft finde man bei intensiver und bei ganz geringer Anästhesie die gleichen Läsionen der Hinterstränge und hintern Wurzeln. D. untersuchte daher die Hautnerven und fand sie beträchtlich verändert.

Zuerst hat Türck 1858 bez. Mittheilungen gemacht. Er fand in 2 Fällen keine Veränderung der Hautnerven. Friedreich constatirte 1863 Alterationen der gemischten Nervenstämme. Vulpian (1868) fand in mehreren Fällen weder die gemischten Nerven noch die rein sensibeln erkrankt. Westphal zuerst (1878) wies in einem Falle combinirter

Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge die Degeneration der Hautzweige des N. cruralis nach, Pierret beschrieb 1880 analoge Veränderungen. Er gab an, dass die Degeneration der Hautnerven, je mehr man sich von der Haut entferne, um so geringer werde, bis sie weiterhin ganz aufhöre. Der Charakter der Erkrankung sei derselbe wie der der Opticusaffektion.

Dejérine konnte die Angaben Westphal's und Pierret's bestätigen, er bewies ausserdem die periphere Natur der Nervenerkrankung. Seine Angaben beruhen auf der Untersuchung 2er Fälle, welche er ausführlich mittheilt.

I. Entwickelte Tabes. Vollständige Ataxie der Beine, welche Gehen und Stehen unmöglich machte. Geringere Ataxie der Arme. Hochgradige Abmagerung der Muskeln. Verlust der Sehnenphänomene. Kehlkopfkrisen. Flecke von Anästhesie und Analgesie auf der Haut der Glieder und des Rumpfes. Verlangsamung der Empfindung. Vollständige Blindheit. Allgemeines Atherom. Insufficienz der Aortenklappen mit Stenose des Ostium und Erweiterung des Aortenbogens. Tod.

Sklerose der Papille, des Nerv. und Tractus opticus. Sklerose der Hinterstränge bis zum Calamus. Atrophie der Vago-Accessoriuswurzeln. Verdickung der Pia spin. posterior. Ausgeprägte Atrophie sämmtlicher hinteren Wurzeln. Integrität der vordern Wurzeln. Atrophie des Vago-Accessoriuskerns. Hochgradige Veränderungen an den Nerven der Haut der Unterschenkel im Bereich des Saphenus internus. Vollkommene Unversehrtheit der hintern Wurzeln unterhalb des Gangl. spin. und der gemischten Stämme in der Lendengegend, der Spinalganglien ebenda und in der Cervikalgegend.

Die Anästhesie war bei der 54jähr. Kr. bes. an der Innenseite der Unterschenkel intensiv gewesen. Die Zweige des Saphen. int. sahen deutlich grau aus. Nach Behandlung mit Osmiumsäure und Färbung mit Pikrocarmin constatirte man, dass nur hier und da sich noch eine Faser von normalem Aussehen fand, die meisten bestanden aus den leeren Schwann'schen Scheiden, einzelne waren noch im Process des Zerfalles. Das Zwischengewebe war nicht verändert. In ganz derselben Weise waren die hintern Wurzeln zwischen Rückenmark und Spinalganglion entartet. Dagegen waren die Ganglien selbst und die Nerven unterhalb derselben durchaus normal. Im Lendenmarke waren die ganzen Hinterstränge in derbes fibrillares Gewebe verwandelt, mit Ausnahme der nächsten Umgebung der hintern Commissur. Im Dorsalmark war auch letzteres Feld nicht verschont. Im Halsmark waren die äussern Abschnitte der Burdach'schen Stränge relativ normal. Soweit die Degeneration reichte, waren die Gefässe verdickt und erweitert. In der Oblongata Degeneration der meisten Zellen des Vago-Accessoriuskerns, Integrität der übrigen Kerne.

II. Tabes mit beginnender Ataxie bei einer 53jähr. Frau. Doppelseitige Oculomotoriuslähmung. Kein Kniephänomen. Lancinirende Schmerzen. Anästhesie und Analgesie der Beine. Verlangsamung der Empfindung. Tod.

Stenose des Mitralostium. Hydatidencyste der Leber. Doppelseitige Hydronephrose. Eitrige Peritonitis durch Ruptur des linken Nierenbeckens. Sklerose der Hinterstränge bis zur Mitte des Dorsalmarks aufsteigend. Atrophie der entsprechenden hintern Wurzeln. Degeneration der Hautnerven an den anästhetischen Stellen. Unversehrtheit der Spinalganglien, der hintern Wurzeln unterhalb des Ganglion und der gemischten Nerven, der Papilla opt., des Oculomotorius, des Gangl. cil. und der Ciliarnerven, endlich der zur Patella gehenden Nervenfasern.

Das Verhalten der Hautnerven und der hintern Wurzeln war genau wie bei Fall I. Im Marke war die Degeneration der Hinterstränge weniger ausgebreitet und nicht so intensiv, als dort, so dass die Hinterstränge auch innerhalb der degenerirten Partien noch zahlreiche gesunde Fasern enthielten.

Trotz der Differenz des spinalen Befundes war bei beiden Kranken die Anästhesie gleich intensiv gewesen. Jener kann demnach nicht die Sensibilitätsstörungen bei Tabes allein erklären. Vielmehr muss man dieserhalb auf die Degeneration der Hautnerven recurriren. Die periphere Natur derselben wird bewiesen durch die Integrität der hintern Wurzeln unterhalb der Ganglien, dieser selbst und der gemischten Nerven. Wie weit aufwärts sich die periphere Degeneration erstreckt, lässt sich bis jetzt nicht entscheiden. Die sensibeln Endorgane hat D. nicht untersucht. Er verweist aber auf eine Angabe von Langerhans (Virchow's Arch. XLV. p. 413), welcher bei 6 Tabeskranken mit Anästhesie die Terminalkörperchen nach Gerlach's Methode untersucht und normal gefunden habe. Auch bei der Atrophia opt. finde man nach Poncet den eigentlichen Sehapparat intakt, da in der Retina die äussern Schichten nicht degeneriren. Ausser für die Anästhesie im engern Sinne möchte D. die Degeneration der Hautnerven für die Verlangsamung der Empfindung verantwortlich machen.

Degeneration der peripheren Nerven bei Tabes haben in 2 Fällen auch Pitres und Vaillard beschrieben (Contrib. à l'étude des névrites périphériques non traumatiques: Arch. de Neurol. V. 15. p. 299; VI. 17. p. 180. 1883). Ueber diese Fälle hat *Referent* zwar schon in unsern Jahrbb. (CCII. p. 132) eine kurze Mittheilung gemacht, sie sind aber nach verschiedenen Richtungen so interessant, dass sie eine etwas ausführlichere Wiedergabe verdienen.

I. Eine 39jähr. Schneiderin litt seit 11 J. an nagenden Schmerzen der Lendengegend u. Wirbelsäule, welche anfallsweise, in verschiedenen Intervallen, auftraten. Fast gleichzeitig waren die Beine schwach geworden und waren in ihnen blitzende u. schnürende Schmerzen eingetreten. Seit 8 J. hatte sich die Krankheit beträchtlich verschlimmert. Im Hospital fand man hochgradige Ataxie der Beine, Schwanken bei Augenschluss. Das linke Bein war seit 6 Mon. von der Hüfte bis zu den Knöcheln geschwollen, die Haut war blass, verdickt, hart. Die Schwellung war langsam entstanden und bald mehr, bald weniger stark. Zugleich war das Kniegelenk verdickt, der Unterschenkel konnte nach allen Richtungen hin übermässig leicht bewegt werden, die Patella war abgehoben. Schmerz und Krachen bestanden nicht. Die Sensibilität der Haut war ziemlich gut erhalten, das Gefühl der tiefen Theile aber sehr gering. Das Kniephänomen konnte links nicht untersucht werden. Rechts trat bald gar keine Bewegung ein, bald eine rasche Streckung des Unterschenkels, jetzt in anscheinend normaler Weise, jetzt 2—3 Sek. dauernder Tetanus. Oft war im Beginne der Untersuchung die Bewegung sehr heftig, nach einigen Minuten aber blieb der Unterschenkel bewegungslos trotz starkem Klopfen. Applicirte man einen heissen oder kalten Schwamm der Streckseite des Schenkels, so trat eine brüske Streckung ein, auch dann, wenn Klopfen der Sehne nichts bewirkte [Pseudokniephänomen?]. Schlüsslich bestanden Myosis und Blasenstörung. Nach $1/2$ J. starb die Kr. an Tuberkulose.

Das linke Kniegelenk enthielt etwas Flüssigkeit. Die Synovialis war geröthet und verdickt, die Knorpel er-

weicht und sammetartig, doch der Knochen nicht blossgelegt. Die Gelenkfläche der Tibia war verunstaltet und mit einigen Wucherungen besetzt. Im Rückenmark typische Hinterstrangdegeneration und starke Verdickung der hintern Pia. Die Ischiadici wurden herauspräparirt, sie waren im Niveau der Glutäen geröthet und ödematös, weiterhin anscheinend normal. Mikroskopisch fand sich im rechten Ischiadicus nichts Abnormes, der linke dagegen enthielt eine Anzahl degenerirter Fasern, ebenso befanden sich in dem zum linken Knie gehenden Aste und den benachbarten Muskelzweigen neben normalen Fasern viele theils ganz atrophische, theils in Degeneration begriffene Fasern.

II. 45jähr. Mann. Mit 37 J. war er ohne Schmerzen von einem Mal perforant befallen worden, welches 4 J. bestand und schlüsslich die Amputation der grossen Zehe nöthig machte. Seit Auftreten des Mal perf. litt er an lancinirenden anfallsweisen Schmerzen beider Beine, bald auch an Anfällen von unstillbarem Erbrechen. Seit 1½ J. schmerzhaftes Kribbeln in den Fingern. Eines Tages wurde der rechte Zeigefinger roth u. geschwollen; als die Schwellung vorüber war, bestand übermässige Beweglichkeit in dem verunstalteten Metacarpophalangealgelenk. Ende 1881 am rechten Zehenballen Mal perf., das nach 2 Mon. heilte. Seitdem Ataxie. Zeichen von Tuberkulose. Man fand ausser fortgeschrittener Phthise die typischen Zeichen der Tabes. Der rechte Zeigefinger konnte schmerzlos luxirt werden, dabei bestand leichtes Krachen zwischen den verdickten Gelenkenden. Die Haut über dem Gelenk war der Sitz schmerzhaften Kribbelns, das in geringerem Grade in allen Fingern bestand. Auf dem Handrücken leichte Anästhesie. Verschmächtigung des Daumenballens. Der Nagel der linken grossen Zehe war deformirt, er war während des Mal perf. schmerzlos abgefallen. Auch der Kleinzehennagel war difform, eines Tages entfernte ihn der Kr. ohne Mühe noch Schmerz. Die Füsse waren etwas anästhetisch. Stiche erregten nur schwache Empfindung, aber schmerzhafte Nachempfindung. In der Nähe der Narben von Mal perf., auf dem Rücken der 1. und 5. linken Zehe, der 3. rechten Zehe bestand complete Anästhesie.

Bei der *Sektion* fand man Degeneration der Hinterstränge. Die hintern Wurzeln der Dorsalregion waren grau und durchscheinend, alle peripheren Nerven erschienen gesund. Mikroskopische Untersuchung: Medianus und Radialis dext. oberhalb des Ellenbogens waren ganz normal, bei Zerfaserung und auf Querschnitten entdeckte man nicht eine atrophische Faser. Der Dorsalast des Radialis aber am Vorderarm enthielt in der Mehrzahl atrophische Fasern neben völlig gesunden und sehr wenig degenerirenden. Entsprechende Veränderungen fanden sich an allen Nerven der rechten Hand, am stärksten in den Nerven des Zeigefingers; je näher der Peripherie, um so grösser war die Zahl der atrophischen Fasern. Der N. plantaris int. dext., in der Nähe der Amputationsnarbe, war schwer aus seiner Umgebung loszulösen, seine Fasern waren total atrophisch bis auf wenige normale und degenerirende. Auch die Nerven der 2. Zehe waren degenerirt. Im N. tibialis war die Mehrzahl der Fasern normal. Links waren die Verhältnisse ähnlich. Von den hintern Wurzeln wurden 2 aus der Dorsalgegend, 2 aus der Lendengegend untersucht, jene waren fast gänzlich aus atrophischen Fasern zusammengesetzt, diese enthielten zwar meist mit Markscheide versehene Fasern, aber das Myelin war unregelmässig, meist in Blöcke zerfallen, hier und da sah man Bündel leerer Nervenröhren. Die vordern Wurzeln waren gänzlich normal.

In beiden Fällen waren also die Nerven der Theile, welche trophische Störungen zeigten, degenerirt gewesen. Doch waren nicht in allen Bezirken degenerirter Nerven trophische Störungen aufgetreten, so nur am Zeigefinger die Arthropathie, während auch die Nerven anderer Finger degenerirt waren. P. u. V. sind geneigt, anzunehmen, dass die periphere Nervendegeneration die nächste Ursache aller der bei Tabes auftretenden trophischen Störungen sei, der Arthropathien und Frakturen, des Mal perforant, der Hautausschläge, des harten chronischen Oedems, der Verunstaltung der Nägel u. s. w. Sie recapituliren die Gründe, welche gegen die früher versuchte Beziehung eines Theils dieser Störungen zu einer Affektion der Vorderhörner sprechen.

Die Beziehungen der peripheren Degeneration zu der centralen Läsion sind nicht ganz klar. Jene erstreckt sich nicht etwa bis zu dieser, sondern ist am stärksten in den Endverzweigungen und wird um so geringer, je mehr man sich den grössern Nervenstämmen nähert, so dass zwischen jenen degenerirten Aesten und den kranken hintern Wurzeln die intakten Nervenstämme liegen. Es liegt nahe, an eine selbstständige Erkrankung der peripheren Nerven nach Analogie des N. opticus zu denken. Doch sprechen P. u. V., welche späterhin 2 Fälle von Compressionsmyelitis mit peripherer Degeneration beschreiben, bei letzterer Gelegenheit auch den Gedanken aus, dass die centrale Störung eine Veränderung in der Ernährung der Nerven bewirke und somit eine Disposition derselben, schon auf leichte Schädlichkeiten hin zu erkranken. Kleine Traumata u. s. w. würden genügen, um die Degeneration der geschädigten Nerven und damit Anästhesie, bez. trophische Störungen, zu bewirken.

Als *Nervo-Tabes périphérique* bezeichnet J. Dejérine (Gaz. de Par. 44. p. 523. 1883) den Zustand, wo das Krankheitsbild der Tabes durch Degeneration peripherer Nerven erzeugt wird bei Intaktheit der hintern Wurzeln, der Spinalganglien und des Rückenmarks. Zwei derartige Fälle hat D. beobachtet.

Der 1. betrifft einen 40jähr. Mann, welcher wegen Schwäche der Beine im Hôp. Lariboisière aufgenommen wurde. Derselbe zeigte: Verlust des Kniephänomens, keine Myosis, starke Anästhesie und Analgesie der Beine, Abmagerung der Beine, das Romberg'sche Zeichen, Ataxie. Bei der *Sektion* fand man das Rückenmark und die hintern Wurzeln gesund, auch bei mikroskop. Untersuchung. Dagegen waren die Hautnerven der Beine hochgradig degenerirt.

Im 2. Falle handelte es sich um eine 50jähr. Frau, welche unfähig war, zu gehen. Sie klagte seit einigen Monaten über Schmerzen der Beine, seit einigen Wochen über solche der Arme. Sie war kachektisch, wahrscheinlich trunksüchtig. Sie konnte noch stehen, aber nur bei offenen Augen. Keine Myosis, Abmagerung der Muskulatur, leichte Verminderung der faradischen Erregbarkeit. Beträchtliche Kraft. Absolute Incoordination der Beine (Zappelmannbewegungen), geringere der Arme. Anästhesie und Analgesie mit Verlangsamung der Empfindung am ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichts. Verlust des Kniephänomens. Man fand n. d. Tode: Interstitielle Hepatitis, gesundes Rückenmark, hochgradige Degeneration der Hautnerven der Beine, der Arme, des Bauches, der Brust, so dass in denen der Beine keine gesunde Faser entdeckt wurde, leichte Alteration der intramuskularen Nerven (Kernvermehrung). Auch nach der Härtung erschienen Rückenmark und hintere Wurzeln bei mikroskopischer Untersuchung gesund.

In einer ausführlichen Arbeit (Arch. de Physiol. 3. S. III. 2. p. 231. 1884) hat D. die beiden Fälle genau beschrieben und eine Anzahl Erwägungen an sie geknüpft. Da nach Ansicht des Ref. dieselben mit Tabes gar nichts zu schaffen haben, soll hier nur Weniges aus der citirten Abhandlung wiedergegeben werden. In beiden Fällen handelte es sich um sogen. multiple Neuritis oder richtiger Nervendegeneration. Während aber bei den bisher beschriebenen Fällen dieser Krankheit vorwiegend motorische Nervenfasern degenerirt waren, hatte hier die Degeneration besonders sensible Fasern ergriffen und deshalb musste ein an Tabes erinnerndes Bild zu Stande kommen. Zuzugestehen ist, dass durch den von D. erbrachten Nachweis selbstständiger Degeneration der sensiblen peripheren Nerven der Arzt ermahnt wird, die Diagnose Tabes vorsichtig zu prüfen, dass eine Verwechslung der Tabes mit jener peripheren Erkrankung wohl möglich ist und hier und da schon vorgekommen sein mag. Immerhin sind, wenigstens in D.'s Fällen, schon zu Lebzeiten der Kranken eine Anzahl Punkte nachzuweisen, welche zu richtiger Diagnose führen können. D. selbst hebt hervor, dass für seine Fälle die Rapidität der Entwicklung der Krankheit charakteristisch ist, beide Male verflossen vom Beginne der Erkrankung bis zum Tode nur 5—6 Monate. Er meint zwar, auch Tabes könne sich rasch entwickeln, indessen handelt es sich dann nur um akute Schübe in einem chronischen Verlaufe. Ferner fehlten alle Augensymptome, ganz besonders war keine Veränderung der Pupillen vorhanden. Es fehlten gänzlich die Blasenstörungen, was bei entwickelter Tabes kaum vorkommt. In beiden Fällen war deutliche Parese vorhanden. Es bestand, besonders im 2. Falle, deutliche Muskelatrophie mit Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit (eine galvanische Untersuchung wurde nicht vorgenommen). Die Schmerzen hatten, was allerdings von geringerer Bedeutung ist, anscheinend keine besondere Intensität und nicht deutlich lancinirenden Charakter gehabt. Von Gürtelgefühl wurde nichts berichtet. Beide Male hatte Oedem der Füsse bestanden.

D. hebt hervor, dass durch seine Beobachtungen die Entstehung der Ataxie durch sensible Störungen sichergestellt sei. Er bezieht sich bei dieser Erörterung auf Thierversuche, die gar nichts beweisen, und behauptet, dass bei Tabeskranken Anästhesie (der tiefen Theile besonders) u. Ataxie parallel gehen, was entschieden nicht für alle Fälle richtig ist. Er vermengt mehrfach das Romberg'sche Symptom, was eine direkte Folge der Anästhesie ist, mit der Ataxie. Er ist geneigt, bei der wirklichen Tabes für die Ataxie nicht die Erkrankung der Hinterstränge, sondern die der hintern Wurzeln verantwortlich zu machen. Ob in der That durch D.'s Beobachtungen die Charcot-Leyden'sche Theorie der Ataxie bewiesen ist, mag dahingestellt sein. Hat es sich bei seinen Fällen um wirkliche Ataxie gehandelt, so wird man wenigstens zugestehen müssen, dass dieselbe durch periphere Läsionen bewirkt werden kann.

Das Fehlen der Sehnenphänomene will D. in seinen Beobachtungen durch die Degeneration der sensibeln Muskel- (resp. Aponeurosen-) Nerven erklärt wissen.

Als Ursache der Nervendegeneration sieht er den in beiden Fällen vorhandenen Alkoholismus an.

In der Sitzung der Berliner Gesellsch. f. Psych. u. Nkrankh. am 14. Jan. 1884 (Centr.-Bl. f. Nhkde. u. s. w. VII. p. 1884; Neurol. Centr.-Bl. III. 3. 1884) berichtete Sakaky über einen Fall Westphal's, in dem die peripheren Nerven untersucht worden waren.

Es handelte sich um eine 38jähr. Frau, die nach 9jähr. Tabes gestorben war. Unter andern hatten bestanden: Verlangsamung der Empfindung, Verlust des Muskelgefühls, zuletzt fast vollständige Anästhesie beider Unterschenkel. Man fand graue Degeneration der Hinterstränge. Es wurde eine Anzahl Nerven herauspräparirt (N. saph. maj., cut. fem int., die Muskeläste des Quadriceps und N. cut. brach. ext.), gehärtet, geschnitten und gefärbt. Gleichzeitig wurden Präparate von normalen Nerven in derselben Weise hergestellt. Während in letztern auf den Quadrat-Millimeter 3000—3700 markhaltige Nervenfasern kamen, fanden sich in den NN. sapheni der Tabeskranken viel weniger, die Muskeläste aber und der N. cut. brach. ext. verhielten sich normal. Zahl der markhaltigen Nervenfasern in 1 Quadrat-Millimeter:

	normal		Tabes	
	central	peripher	central	peripher
N. saph. major . .	3200	2944	2432	896
N. saph. minor . .	3392	3200	1920	2176
Muskelast des Quadriceps fem. . .	3136	2944	2880	3428
N. musculo-cutan. .	3072	3584	3712	2944

Mikroskopisch fanden sich in den patholog. Nervenpräparaten neben den normalen Fasern zahlreiche atrophische Fasern, Bindegewebe und leere Schwann'sche Scheiden. Körnchenzellen fehlten. Die Kerne des Endoneurium waren vermehrt, die Gefässwände verdickt.

Neuerdings ist die ausführliche Arbeit J. H. Sakaky's (mit 1 Tafel) im Archiv f. Psychiatrie u. s. w. (XV. 2. p. 584. 1884) erschienen.

5) *Therapeutisches.*

Eulenburg (Berl. klin. Wchnschr. XX. 1 u. 2. 1883) giebt theoretische Betrachtungen über die *Möglichkeit der Heilung bei Tabes;* er glaubt, dass wirkliche Heilungen, wenn auch sehr selten, vorkommen. Unter mehr als 300 Fällen zählt er 3 „völlig gesicherte, durch gänzliches Verschwinden aller typischen Krankheitssymptome und durch mindestens mehrjährige Persistenz verbürgte" Heilungen.

Im 1. Fall handelte es sich um vollständig entwickelte Tabes bei einem 53jähr. Mann. Es wurde nur Arg. nitr. (im Ganzen $2^1/_3$ g) angewendet. Nach $5^1/_2$ Mon. bestanden nur noch Blasenschwäche und Impotenz. Fünf Jahre lang blieb das Befinden gut, dann kam der Kr. ausser Beobachtung und starb später durch Selbstmord.

Im 2. Fall bestand typische Tabes bei einem 27jähr. Ingenieur. Durch galvanische Behandlung und Wasserkur schwanden alle Symptome bis auf Parästhesien in Wirbeln und Fingerspitzen. Das Kniephänomen (1872!) wurde nicht untersucht. In der Folge bestätigten mehrere Briefe, dass der Pat. seinen Beruf erfüllen konnte.

Im 3. Fall wurde die 45jähr. Tabeskranke durch Galvanisation u. Anwendung des *Chapman*'schen Rücken-

schlauches und lauwarmer Bäder wesentlich gebessert. Sie machte unter der Behandlung mit Arg. nitr. weitere Fortschritte. Nach 11 Mon. bestand nur noch eine Parästhesie des rechten Fusses. Nach 5 J. fand E. ein deutliches Kniephänomen. Noch nach 8 J. war die Pat. ganz gesund.

Im Weitern handelt E. von der Behandlung mit *Silberpräparaten.* Dass in der Mehrzahl der Fälle die Verabreichung von Arg. nitr. keine deutliche Wirkungen hat, will er dadurch erklären, dass das Präparat im Magen und Darm zerfalle und das Silber unlösliche Verbindungen eingehe. Er empfiehlt die subcutane Anwendung des Silbers. Er hat Versuche gemacht mit $^1/_2$—1proc. Silbernitratlösung, mit 1proc. Lösung von Silberphosphat, mit Lösung von unterschwefligs. Silbernatrium, mit Silber-Albuminatlösung. Die beiden letztern sind, weil sie wenig Schmerz erregen, am meisten zu empfehlen.

Auch *Strychnininjektionen* (1proc. Nitrat- oder Sulphatlösung) empfiehlt E., besonders bei Schwäche der Blase oder des Darms. Neuerdings hat er nach jenen auch Besserung der Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen gesehen.

Endlich empfiehlt E., welcher auf elektrische und hydriatische Therapie nicht eingehen will, die örtliche prolongirte Wärmeentziehung (event. Wärmezuführung) längs der Wirbelsäule durch *Chapman'*sche Schläuche, event. durch die von S. Goldschmidt hergestellten dauernd gewärmten oder gekühlten Verbände.

Bei dem internationalen Congress zu Kopenhagen (vgl. Centr.-Bl. f. Nhkde. u. s. w. VII. 17. 1884) stellte Eulenburg in Bezug auf *die Heilbarkeit der Tabes* etwa folgende Sätze auf.

Es ist nicht gerechtfertigt, die typische Tabes dors. für absolut unheilbar zu erklären. Sowohl bei frischer und anscheinend leichterer Tabes im Initialstadium, jedoch mit schon deutlich ausgesprochenen Hauptsymptomen, wie auch selbst bei vorgeschrittener und seit Jahren bestehender ataktischer Tabes sind Heilungen im klinischen Sinne zu verzeichnen. Freilich sind wirkliche Heilungen bei diagnostisch über allem Zweifel stehender Tabes exceptionell. Unter weit mehr als 400 Fällen zählte E. nur 5, also unter 100 höchstens einen. Einer bestimmten Behandlungsmethode ist dabei nicht das Wort zu reden. Von den 5 Pat. wurde einer unter Anwendung von Arg. nitr. (innerlich), ein 2. unter Kaltwasserkur, 2 durch Galvanisation und Thermalbehandlung, 1 (Tabes syphilitica) durch specifische Behandlung und Thermalkur geheilt. Mehr Aussicht auf Heilung bieten die Fälle von geringer Intensität der neuralgischen Symptome, der Sensibilitätsdefekte, Sinnesstörungen u. s. w. Mangel von neuropathischer Belastung, gute Gesammtconstitution, Freisein von anderweitigen Complikationen sind für die Heilung günstige Momente. Pathologisch-anatomisch ist von einer Heilung der Tabes vielleicht überhaupt nicht zu sprechen; es können vielmehr, wie Einzelfälle lehren, sehr diffuse Degenerationen der Hinterstränge post mortem da angetroffen werden, wo im klinischen Sinne eine völlige oder nahezu völlige Heilung der Tabes erfolgt war. Doch liegt es nahe, bei etwa prognostisch günstigern Fällen vorzugsweise solche in das Auge zu fassen, wo entweder der Process an der Peripherie zu beginnen scheint, oder wo die medullaren Veränderungen ursprünglich interstitiell in Form kleiner, diskreter, erst später confluirender Herde auf Grund lokaler Cirkulationsstörungen im Gefässrayon der Hinterstränge zur Entwicklung kommen.

In der Diskussion betonte Remak, dass Heilungen in dem Sinne, dass ein Sachverständiger keine Symptome der Tabes mehr findet, nicht vorkommen, Scheinheilungen erklären sich durch die Neigung der Tabes zu jahrelangen Remissionen. Immer sei auch dann die Gefahr neuer Verschlimmerung vorhanden. Aehnlich sprachen sich Fürstner und Ref. aus. Letzterer bemerkte u. a., dass die Fälle geheilter Tabes zum Theil solche sogenannter multipler Neuritis sein könnten, da sich neuerdings gezeigt hat, dass diese Affektion das Bild der Tabes ziemlich vortäuschen kann. Insbesondere gelte diess von den Fällen ohne oculare Symptome.

C. H. Hughes (Alienist and Neurologist 1884. p. 520; vgl. Neurol. Centr.-Bl. III. 18. 1884) hält die syphilitische Tabes für wesentlich günstiger, als die idiopathische oder hereditäre Form derselben. Betreffs der *Heilbarkeit* erinnert er an die Schwierigkeit der Diagnose. Er hat bei einer Reihe von Fällen mit Tabessymptomen (Schmerzen, Ataxie, Anästhesie, Fehlen des Kniephänomens) Heilung beobachtet, dagegen trat nie Heilung ein, wo bulbäre Symptome, gastrische Krisen, Pupillenveränderungen vorhanden waren.

G. M. Hammond hielt einen Vortrag über *Heilbarkeit der Tabes* (Journ. of nerv. and ment. dis. IX. 3. p. 465. July 1884). Er erwähnte eine Anzahl einschlagender Fälle und schloss mit folgenden Sätzen. 1) Das Fehlen des Kniephänomens ist bei Tabes nicht immer auf die Sklerose der Hinterstränge zu beziehen. 2) Letztere kann bestehen ohne die gewöhnlichen Symptome der Tabes. 3) Congestion der hintern Hälfte des Rückenmarks kann die meisten, wenn nicht alle Symptome der Tabes bewirken. 4) Es ist während des Lebens unmöglich, zwischen Sklerose und Congestion der Hinterstränge zu unterscheiden. 5) Die Congestion der Hinterstränge ist heilbar. 6) Es ist nicht bewiesen, dass Sklerose des Rückenmarks je wieder beseitigt worden sei. 7) Die Fälle geheilter Tabes sind Fälle spinaler Congestion, welche besonders in der hintern Hälfte des Markes bestand.

W. A. Hammond erwähnte einen Fall anscheinend completer Tabes, wo bei dem Gebrauche von Codein und Arg. nitr. nach 14 Tagen alle Symptome schwanden, das Kniephänomen zurückkehrte.

Bartholow meinte, dass nicht wenige Tabesfälle in Wirklichkeit Metallvergiftungen seien. Bei

Tabes nach Syphilis müsse man die Fälle, wo spinale Gummata bestehen, von denen mit Sklerose unterscheiden, jene seien heilbar. Auch typische Tabes könne durch die Behandlung am Fortschreiten verhindert werden.

J. L. Corning war sehr für die Rückenmarkshyperämie eingenommen.

Webber hat auch mehrere Fälle von Heilung bei scheinbarer Tabes gesehen. Er machte darauf aufmerksam, dass nach Dejérine's Befunden multiple Neuritis mit Tabes verwechselt werden kann. An eine Monate lang dauernde spinale Congestion glaubt er nicht.

Rockwell hat auch bei einem Kr., der wegen angeblicher Tabes mit Nervendehnung behandelt worden und später gestorben war, periphere Neuritis gesehen.

Massey erzählte einen Fall typischer Tabes, wo nach längerer Behandlung mit Quecksilber, constantem Strom und cutaner Faradisation alle Symptome schwanden, das Kniephänomen aber nicht zurückkehrte.

C. K. Mills hat typische Tabes nicht heilen gesehen, mehrfach dagegen atypische. Er vermuthet, dass es sich um syphilitische Veränderungen oder um Neuritis gehandelt habe. Auch Hysterie könne mit Tabes verwechselt werden.

Bannister erwähnte mehrere Fälle von Pseudotabes, Birdsall dagegen einen Fall von auffallender Besserung, die 6 Mon. anhielt, und Wiederkehr des Kniephänomens. Er machte auf die langen Remissionen der Tabes aufmerksam und betonte die andern Fehlerquellen der Diagnose.

A. Bókai (Orvosi Hetilap 43. 1883; vgl. Centr.-Bl. f. Nhkde. u. s. w. VII. 11. 1884) berichtet von einem 63jähr. Tabeskranken, welcher 1881 durch Pillen mit *Arg. nitr.* geheilt wurde. Im J. 1883 fehlten nur die Sehnenreflexe. B. glaubt, dass im klinischen Sinne Heilung möglich sei, wenn auch die anatomischen Veränderungen bestehen bleiben.

B. empfiehlt die subcutane Anwendung des *Silbers*, als inhuman, nicht, sondern die Verabreichung in Pillen, welche mit Argilla alba bereitet und frisch sind. Dieselben sollen nüchtern genommen werden und der Kr. soll hinterher Milch trinken. Dann bilde sich im Magen Silberalbuminat, welches leicht resorbirt wird.

G. Fischer (Würt. Corr.-Bl. LIII. 22. p. 172. 1883) kritisirt „die *neuern Behandlungsmethoden* der Tabes“, die antisyphilit. Behandlung, die Nervendehnung, die Balneotherapie, die elektrische Methode, die Behandlung mit Arg. nitricum. F. empfiehlt am meisten eine combinirte Methode, womöglich in einer Heilanstalt.

Fr. Müller (Centr.-Bl. f. d. ges. Therapie I. Sep.-Abdr.) schildert „*Diagnose und Therapie* der Tabes dors. mit besonderer Berücksichtigung des *Initialstadium*“. Eine tabellarische Uebersicht enthält die wichtigsten Symptome. M. empfiehlt die Behandlung mit *Silber* und *Ergotin*. Er hat günstige Wirkungen von dieser Combination gesehen (Arg. nitr. 0.3, Extr. Sec. corn. 3.00, Pulv. et Extr. Quassiae qu. s. ut f. pil. Nr. 30. Tägl. 3mal 1 bis 3 Stück). Er widerräth die antiluëtische Behandlung, will sie nur anwenden, wenn anderweite Syphilissymptome bestehen. Bei der elektrischen Behandlung setzt M. grosse Platten auf Nacken- und untere Rückengegend (8—15 Milliamp., 5 Min.), ferner mittlere Elektroden auf die Proc. mastoidei (5—7 Milliamp., 3 Min.), endlich An auf die Lendengegend, Ka auf den Quadriceps (6—10 Schliessungen). Auch die faradocutane Methode wendet M. an, bemerkt aber mit Recht, dass manche Kr. sie gar nicht vertragen. Empfehlenswerth seien Halbbäder (24—30° R., 3—5 Min.). Symptomatisch sind gegen die Schmerzen narkotische Einreibungen, feuchte Umschläge, points de feu, die An oder der faradische Pinsel, Morphium verwendbar. Gegen gastrische Krisen soll man mit der An oder dem faradischen Pinsel zu Felde ziehen, bez. das Epigastrium bearbeiten, auch durch die Proc. mastoidei galvanisiren, Morphiuminjektionen machen. Gegen Accommodationslähmung wird Eserin angewendet, auch Elektricität, gegen Kehlkopf-Zufälle Chloroforminhalationen, gegen Blasenkrämpfe Cannabis ind. (auch in Suppositorien), bei Blasenlähmung werden elastische Doppel-Katheter gebraucht, wird event. die Blase mit Wasser und Milch, Resorcin-, Kali-chloricum-Lösung ausgespült. Auch könne man Kali chloric. innerlich ($2^1/_2$proc. Lösung, 2stündl. 1 Esslöffel) geben. Dabei soll Vorsicht nöthig sein! Gegen leichtere Blasenschwäche gewähre Tinct. nuc. vomic. (10—15 Tr., 2mal tägl.) Hülfe, event. Massage der Blasengegend.

Mortimer Granville (Brit. med. Journ. Sept. 23. 1882) behauptet, bei Tabes durch „*Nerven-Vibration*“ (vgl. Jahrbb. CXCVI. p. 204) grosse Erfolge erlangt zu haben. Er verspricht für später genauere Mittheilungen und stellt vor der Hand einige Sätze auf. 1) Man findet bei Tabes mit dem „Perkussor“ erhöhte Reflexerregbarkeit: bei Perkussion der Nervenstämme (nicht der Muskeln) sollen lebhafte Bewegungen eintreten. 2) Diese „Reflexerregbarkeit“, welche besonders in den Extensorennerven besteht, ist das Haupthinderniss bei der Lokomotion. 3) Durch andauernde Perkussion der Nerven wird ihre Erregbarkeit erschöpft und werden sie dem Willen wieder unterworfen. Die Ataxie nimmt ab, häufig tritt vorübergehend Schwäche, resp. Steifheit auf. Wenn der Gang sicherer geworden ist, soll dann auch noch Perkussion des Rückenmarkes angewendet werden. 4) Die specifische Tabes, welche der Luës folgt, ist eine Entzündung, welche sich von den Nerven des Penis längs der Nervenstämme bis zu den Centren fortpflanzt. Es folgen noch eine Reihe von Behauptungen über syphilit. Tabes, welche wir den Lesern ersparen zu sollen glauben.

Rumpf (Berl. klin. Wchnschr. XX. 4. 1883) hat von Neuem (vgl. Jahrbb. CXCVI. p. 203) die

Behandlung mit dem *faradischen Pinsel* empfohlen und mehrere Fälle mitgetheilt, in denen er merkwürdig gute Erfolge erzielt hat. Er ist neuerdings dazu übergegangen, mit der Applikation des Pinsels eine gleichzeitige antiluëtische Behandlung zu verbinden. — Rumpf's Methode wurde empfohlen von H. A. Niermeijer (Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1884. Nr. 14. — Vgl. Neurol. Centr.-Bl. III. 15. 1884) und von Homén (Centr.-Bl. f. Nhkde. u. s. w. VII. 17. p. 394. 1884).

Engelskjön (Eira 13. 1883. — Vgl. Centr.-Bl. f. Nhkde. u. s. w. VII. 4. 1884) stellt die Meinung auf, es gebe 2 Formen von Tabes, eine, die mit Hirnnervenerkrankung beginne, und eine, die mit lancinirenden Schmerzen u. s. w. beginne. Jene sei heilbar. Auch bei letzterer liefere die periphere Behandlung gute Resultate. Er beschreibt 2 Fälle, welche er mit *cutaner Faradisation* behandelt hat. Der 1. ist offenbar keine Tabes. Im 2. bewirkte die Faradisation nur zeitweises Aufhören der Schmerzen. Denselben Erfolg hatte die Einreibung von Senföl. Es handele sich daher um Hautreizung überhaupt. Auch die Nervendehnung wirke durch sensibeln Reflex. Sie werde da Erfolg haben, wo Hautreize günstig wirken.

J. Grasset (Progrès méd. XI. 11. p. 201. 1883) macht darauf aufmerksam, dass *Ergotin* den Tabeskranken *schädlich* sein könne. Ein Kranker, dem Charcot Ergotin in steigender Dosis (0.025—1.00) verordnet hatte, wurde, nachdem er 2mal die 1 g-Dosis genommen hatte, an allen Gliedern gelähmt und stimmlos. Allmälig verlor sich die Lähmung nach Aussetzen des Medikaments, die Tabes aber war schlimmer, als vorher. Gr. warnt daher vor dem Ergotin und weist auf die von Tuczek beschriebene Ergotintabes hin. Bourneville bemerkt in einer Fussnote, dass Charcot nie üble Wirkungen des Ergotin bemerkt habe, er lasse täglich 0.02—0.03 4 Tage lang nehmen und dann 3 Tage lang aussetzen.

N. Guéneau de Mussy berichtete in der Soc. de Thérap. (Bull. etc. XV. 7. p. 9; Avril 30. 1883) über eine Arbeit Galezowski's. Derselbe empfiehlt, die tabische Opticusatrophie mit den *blausauren Salzen des Goldes, des Platins und des Silbers* zu behandeln. Er verwendet eine Lösung von 0.2 Cyanure d'or et de potassium auf 10.00 Wasser zu subcutanen Injektionen und giebt bis zu 20 mg des Salzes. Er hat diese Behandlung bei 11 Fällen von Opticusatrophie angewendet, 3mal mit günstigem Erfolg. Die Atrophie blieb stationär, die lancinirenden Schmerzen hörten auf und die Anästhesie verminderte sich (vgl. Jahrbb. CXCVIII. p. 202 u. o. p. 287).

Guéneau de Mussy sah bei einer syphilit. Tabeskranken durch Goldchlorür, innerlich angewandt, die lancinirenden Schmerzen und Exostosen der Claviculae verschwinden.

Die *Nervendehnung* ist im letzten Berichte (vgl. Jahrbb. CXCVI. p. 191) ausführlich besprochen worden. Diese Frage hat seitdem eine eingehende Erörterung durch R. Stintzing erfahren, dessen Buch schon im CCI. Bd. der Jahrbb. p. 302 besprochen worden ist. Ausserdem sind weitere casuistische Beiträge veröffentlicht worden, so von Langendorff (Chir. Centr.-Bl. X. 40. 1883), von Drummond und Page (Lancet I. 1. p. 13; Jan. 1883) und Andern.

Stokes (Dubl. Journ. 3. S. Nr. CXXXVIII. p. 519. June 1883. — Vgl. Lancet Sept. 22. p. 500. 1883) hielt einen Vortrag über Nervendehnung bei Tabes. Er hat 1mal den einen Ischiadicus, 1mal beide gedehnt und beide Male Besserung erzielt, die in Aufhören der Schmerzen, der Blasenstörung, stellenweisem Verschwinden der Anästhesie bestand. Er empfiehlt, mit mässiger Kraft (ca. 10 Pfd.) zu dehnen.

E. Jacquemin (De l'élongation nerveuse dans l'ataxie et les affections médullaires. Thèse de Paris 1883. Nr. 239) kommt zu folgenden Schlusssätzen. Die periphere Nervendehnung wirkt auf die sensibeln Fasern, deren Funktion sie hemmt, verschont die motorischen. Sie wirkt auf die Centra. Sie vermindert, ja beseitigt vollständig die heftigen Schmerzen bei Tabes, bessert oft die Ataxie. Sie darf und soll bei dieser Krankheit angewendet werden. Eigene Beobachtungen enthält die Arbeit nicht.

M. Rosenstein (Arch. f. Psychiatrie u. s. w. XV. 1. p. 72. 1884) beschreibt ausführlich einen Fall von Dehnung beider Ischiadici bei einem Tabeskranken aus O. Berger's Praxis. Die Operation bewirkte leichte Besserung der Sensibilität, aber heftige bohrende Schmerzen und Verschlimmerung der Incontinenz. Der Urin durchtränkte den Verband, es entstanden tiefgehende Phlegmonen und der Kr. starb, durch Eiterung und Fieber erschöpft. Die genaue Untersuchung des Rückenmarkes lieferte einen den Strümpell'schen Angaben entsprechenden Befund. Eine Wirkung der Dehnung war am Rückenmarke nicht zu sehen. Ueber einen anatomischen Befund siehe oben die Angaben Rumpf's (p. 300).

Ueber die sogen. unblutige Dehnung hat v. Corval einige Mittheilungen gemacht (Schweiz. Corr.-Bl. XIII. 5. p. 119. 1883). Bei 2 Fällen beginnender Tabes erreichte er Verminderung der unerträglichen Schmerzen.

L. Lépine (C. r. de la Soc. de Biol. VII. 10. p. 194. 1883) hat bei Tabeskranken das eine Bein täglich im Knie gestreckt, in der Hüfte gebeugt. Zuerst war keine Wirkung zu beobachten, nach 2—3 T. empfanden die Kr. unmittelbar nach der Dehnung Kribbeln und Wärme im betr. Bein. Die Sensibilität war leicht vermindert. Diess ging vorüber, das angenehme Wärmegefühl aber blieb. Objektiv war Temperaturzunahme um einige Zehntel Grad nachzuweisen. Die Kr. waren mit der Behandlung zufrieden und behaupteten, besser mit dem gedehnten Beine gehen zu können.

Motschutkowsky (Wratsch 1883. Nr. 17—21. — Vgl. Neurol. Centr.-Bl. II. 18. 1883) empfiehlt Dehnung des Körpers durch Aufhängen der

Kr., wie es bei Anlegung des Gipscorsets geschieht. Von 15 Tabesfällen constatirte er bei 13 Abnahme der Schmerzen und Parästhesien, Verminderung der Ataxie und Zunahme der Muskelkraft. In 2 Fällen trat Verschlimmerung ein. Das Aufhängen soll 3—4mal wöchentlich 10 Min. lang stattfinden.

C. Medicinische Bibliographie des In- und Auslands.

Sämmtliche Literatur, bei der keine besondere Jahreszahl angegeben ist, ist vom Jahre 1884.

I. Medicinische Physik und Chemie.

Meteorologie.

Börnstein, Rich., Die lokale Wetterprognose. 2. Abdr. Berlin. Springer. 8. 48 S. 60 Pf.

Della Cella, V., Ueber Nachweis der mineral. Harnbestandtheile. La Salute 2. S. XVIII. 24.

Dohrendorff, E., Die diagnost. u. prognost. Bedeutung d. Diazo-Reaktion. Inaug.-Diss. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. 8. 33 S. 80 Pf.

Ehrlich, P., Ueber die Sulphodiazobenzol-Reaktion. Deutsche med. Wchnschr. X. 27. Vgl. a. 27. p. 430.

Fleischer, Emil, Die Titrir-Methode als selbstständige quantitat. Analyse. 3. Aufl. Leipzig. Barth. 8. XVI u. 351 S. 7 Mk. 50 Pf.

Fowler, George B., Ueber Nachweis von Eiweiss im Harne. New York med. Record XXVI. 4; July.

Gaglio, Gaet., Ueber Bildung von Oxalsäure im thier. Organismus. Arch. per le Sc. med. VII. p. 385.

Geissler, Empfindlichkeitsgrenzen einiger physiolog.-med. Reaktionen. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden 1883—1884. p. 14.

Halliburton, W. D., Ueber die Proteïde des Serum. Journ. of Physiol. V. 3. p. 152.

Hamburger, H. J., Titration des Harnstoffs mittels Bromlauge. Ztschr. f. Biol. XX. 3. p. 286.

Hammarsten, Olof, Ueber die Anwendbarkeit des Magnesiumsulphat zur Trennung u. quantitativen Bestimmung von Serumalbumin u. Globulinen. Ztschr. f. physiol. Chemie VIII. 6. p. 467.

Jahres-Bericht über die Fortschritte der Thier-Chemie oder der physiolog. u. patholog. Chemie. Red. u. herausg. von Prof. Dr. *Rich. Maly.* 13. Bd. üb. d. Jahr 1883. Wiesbaden. Bergmann. 8. VII u. 435 S. 16 Mk.

Knoll, Philipp, Zur Lehre von der Beschaffenheit u. Entstehung der Harncylinder. Ztschr. f. Heilk. V. 4 u. 5. p. 289.

König, Arthur, Zur Kenntniss dichromat. Farbensysteme. Arch. f. Ophthalmol. XXX. 2. p. 155.

Kolbe, Bruno, Zur Analyse der Pigmentfarben. Arch. f. Ophthalmol. XXX. 2. p. 1.

Krukenberg, C. Fr. W., Zur Charakteristik einiger physiolog. u. klinisch wichtigen Farbenreaktionen. Verh. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. N. F. XVIII. 9.

Lehmann, Th., Zur Bestimmung der Alkalien im Harne. Ztschr. f. physiol. Chemie VIII. 6. p. 508.

Lyons, A. B., Ueber Ureometrie. Therap. Gaz. N. S. V. 7; July.

Matthiesen, Ludwig, Die Brennlinien eines unendl. dünnen astigmat. Strahlenbündels nach schiefer Incidenz eines homocentr. Strahlenbündels in eine krumme Oberfläche u. d. Strahlenconoid von *Sturm* u. *Kummer* Arch. f. Ophthalmol. XXX. 2. p. 69.

Nega, Ueber Nachweis des Quecksilbers im Harne. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 28.

Regéczy, Em. N. v., Ueber die Diffusion von Eiweisslösungen. Arch. f. Physiol. XXXIV. 9 u. 10. p. 431.

Runeberg, J. W., Ueber den Gehalt an festen Bestandtheilen, ausser Eiweiss, u. an Chloriden in pathol. Exsudaten. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. 3 u. 4. p. 266. (Jahrbb. CCII. p. 4.)

Runeberg, J. W., Zur Filtrationsfrage. Arch. f. Physiol. XXXV. 1 u. 2. p. 54.

Salkowski, E., Zur Kenntniss der Eiweissfäulniss; Bildung d. Indol u. Skatol. Ztschr. f. physiol. Chemie VIII. 6. p. 417.

Setterberg, Carl, Ueber Untersuchung auf Arsenik. Hygiea XLVI. 7. S. 440.

Weber, L., Apparat zur Messung d. Helligkeit des diffusen Tageslichtes. Bresl, ärztl. Ztschr. VI. 16. p.197.

Worm Müller, Die Bestimmung des Traubenzuckers im Harne mittels d. Soleil-Ventzke'schen Polarimeters u. d. linksdrehenden Substanzen. Arch. f. Physiol. XXXV. 1 u. 2. p. 76.

Worm Müller og Jac. G. Otto, Medicinsk-kemisk Praktikum. Kristiania. Th. Steens Forlag. 8. 78 S. Norsk Mag. 3. R. XIV. 9. S. 617.

S. a. III. 3. Fano, Florain, Kempner, Kossel, Krukenberg, Mairet, North, Rieder, Salomon, Seegen, Stein, Weiske, Wooldridge, Worm. VIII. 5. Grundies. X. Grammatikati.

II. Botanik.

Bary, A. de, Vergleichende Morphologie u. Biologie d. Pilze. Mycetozoën u. Bakterien. Leipzig. Engelmann. 8. XVI u. 558 S. mit 198 eingedr. Holzschnitten. 13 Mk.

Buchner, H., Ueber d. Verhalten d. Spaltpilz-Sporen zu d. Anilinfarbstoffen. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 33. p. 370.

Haberlandt, G., Physiolog. Pflanzenanatomie, im Grundriss dargestellt. Leipzig. Engelmann. 8. XII u. 398 S. mit 140 eingedr. Holzschn. 9 Mk.

Höhnel, Frz. Ritter v., Die Art d. Auftretens einiger vegetabilischer Rohstoffe in den Stammpflanzen. (Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 11 S. 70 Pf.

Leitgeb, Hub., Ueber Bau u. Entwicklung der Sporenhäute u. deren Verhalten bei d. Keimung. Graz. Leuschner u. Lubensky. 8. III u. 112 S. mit 3 Tafeln. 6 Mk.

Rimmer, Frz., Die Nutation u. Wachsthumsrichtungen d. Keimpflanzen. (Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 30 S. 50 Pf.

Vandevelde, G., Ueber d. chem. Eigenschaften d. Bacillus subtilis. Arch. de Biologie V. 1. p. 127.

Wettstein, Rich. v., Untersuchungen über die Wachsthumsgesetze d. Pflanzenorgane. II. Reihe Wurzeln. (Sitz.Ber. d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 55 S. 80 Pf.

Pilze als Krankheitserreger s. VIII. 9. a. u. 11. XIX. 2. — *Giftige Pilze* s. VII.

III. Anatomie und Physiologie.

1) *Allgemeines; Generatio aequivoca; Paläontologie.*

Brass, Arnold, Biolog. Studien. 1. Thl. Die Organisation d. thierischen Zelle. 2. Heft. Halle. Strien. Lex.-8. XIII S. u. S. 81—179 mit 4 Taf.

Dickson, Alexander, Ueber Entwicklung der Formen. Edinb. med. Journ. XXX. p. 1. [Nr. 349.] July.

Grützner, P., Physiolog. Untersuchungen über d. Zeugung. Deutsche med. Wchnschr. X. 30.

Güttler, C. Lorenz, Oken u. sein Verhältniss zur modernen Entwicklungslehre. Leipzig. Bidder. 8. IV u. 150 S. 3 Mk.

Hennum, J. O., Zur Beleuchtung d. Formen der Zellen. Arch. f. Math. og Naturvidensk. IX. S. 301. — Norsk Mag. 3. R. XIV. 7. Forh. S. 90. (Jahrb. CCIII. p. 229.)

Hertwig, Rich., Die Kerntheilung bei Actinosphaerium Eichhorni. „Proff. u. DDr. *Rich.* u. *Osc. Hertwig*, Untersuchungen zur Morphologie u. Physiologie der Zelle. 1. Heft.“ Jena. Fischer. 8. 32 S. mit 2 Taf. 2 Mk.

Kollmann, J., Der Randwulst u. d. Ursprung d. Stützsubstanz. Arch. f. Anat. u. Physiol. (anat. Abth.) 5 u. 6. p. 341. 461.

Martius, Methode zur absoluten Frequenzbestimmung auf stroboskop. Wege. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 4 u. 5. p. 456.

Maylard, A. Ernest, Ueber d. Abtheilung für Anatomie im *Hunter*'schen Museum zu Glasgow. Glasgow med. Journ. XXII. 1. p. 9; July.

Pflüger, E., Ueber d. Einwirkung d. Schwerkraft u. anderer Bedingungen auf d. Richtung d. Zelltheilung. Arch. f. Physiol. XXXIV. 9 u. 10. p. 607. (Jahrbb. CCIII. p. 8.)

Redfern, Peter, Ueber d. Fortschritte in der Physiologie. Brit. med. Journ. Aug. 2. — New York med. Record XXVI. 5; Aug.

Zuntz, N., Ueber d. Benutzung curarisirter Thiere zu Stoffwechseluntersuchungen. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 4 u. 5. p. 380.

S. a. XIX. 1. *Mikroskopie.*

2) *Zoologie; vergleichende Anatomie.*

Boas, J. E. V., Ueber Polydaktylie d. Pferdes. Morphol. Jahrb. X. 1. p. 182.

Bongers, Paul, Ueber d. Athmung d. Igels während d. Winterschlafs. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 4 u. 5. p. 325.

Born, G., Ueber d. Einfluss d. Schwere auf das Froschei. Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 15. p. 185. — Ueber die innern Vorgänge bei Bastardbefruchtung d. Froscheier. Das. 17. p. 208.

Chabry, L., Ueber d. Segmentation d. einfachen Ascidien. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XX. 4. p. 387. Juillet—Août.

Emery, C., Ueber d. Entwicklung d. Nieren der Säugethiere. Mem. della r. Acad. dei Lincei 1883. Vgl. Arch. per le Sc. med. VII. p. 405.

Gad, Ueber Leitungsbahnen u. Centren im Rückenmark d. Frosches. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 4.

Gompertz, Conrad, Ueber Herz u. Kreislauf bei nackten Amphibien. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 3. p. 242.

Hermann, L., u. L. v. Gendre, Ueber eine elektromotorische Eigenschaft d. bebrüteten Hühnereies. Arch. f. Physiol. XXXV. 1 u. 2. p. 34.

Klug, Ferd., Ueber d. Hautathmung d. Frosches. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 4 u. 5. p. 183.

Kunze, Zum histolog. Bau d. grössern Speicheldrüsen bei d. Haussäugethieren. Deutsche Ztschr. f. Thiermed. u. vgl. Pathol. X. 5 u. 6. p. 375.

Langendorff, Oscar, Studien über Rhythmik u. Automatie d. Froschherzens. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) Suppl.-Bd.

Lieberkühn, N., Ueber d. Chorda bei Säugethieren. Arch. f. Anat. u. Physiol. (anat. Abth.) 5 u. 6. p. 435.

List, Jos. Heinr., Ueber Becherzellen im Blasenepithel d. Frosches. (Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 26 S. mit 2 Taf. 1 Mk. 40 Pf.

Lustig, Alessandro, Die Degeneration d. Epithels d. Riechschleimhaut d. Kaninchens nach Zerstörung d. Riechlappen. (Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 14 S. mit 1 Taf. 50 Pf.

Matthiesen, Ludwig, Ueber d. physikal.-optischen Bau d. Auges von Felis leo fem. Arch. f. Physiol. XXXV. 1 u. 2. p. 68.

Mitrophanow, Paulus, Ueber d. Endigungsweise d. Nerven im Epithel d. Kaulquappen. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 3. p. 191.

Müller, Friedrich, Ueber d. normalen Koth d. Fleischfressers. Ztschr. f. Biol. XX. 3. p. 327.

Munk, H., Ueber Centra u. Leitungsbahnen im Rückenmark des Frosches. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 3. p. 304. — Ueber Grosshirn-Exstirpation beim Kaninchen. Das. 4 u. 5. p. 470.

Rabl-Rückhard, H., Das Gehirn d. Knochenfische. Deutsche med. Wchnschr. X. 33. 34. 35. Beil.

Robin, Ch., u. L. Chabry, Ueber d. elast. Organe d. Vogelflügels. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XX. 4. p. 291. Juillet—Août.

Saefftigen, A., Zur Organisation d. Echinorrhynchen. Morphol. Jahrb. X. 1. p. 120.

Sagemehl, M., Das Cranium d. Characiniden, nebst allgem. Bemerkungen über d. mit einem *Weber*'schen Apparat versehenen Physostomenfamilien. Morphol. Jahrb. X. 1. p. 1.

Singer, J., Zur Kenntniss d. motor. Funktionen d. Lendenmarks der Taube. (Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 19 S. 40 Pf.

Swiecicki, Heliodor v., Ueber d. Innervation d. Vagina bei Kaninchen. Ztschr. f. Gbtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 301.

Türstig, Joh., Untersuchungen über d. Entwicklung d. primitiven Aorten, mit bes. Berücksichtigung der Beziehungen ders. zu d. Anlagen d. Herzens. (Schriften, herausg. von d. Naturf.-Ges. bei d. Univ. Dorpat I.) Dorpat, Leipzig. K. F. Köhler. Lex.-8. V u. 33 S. mit 4 Taf. 2 Mk.

Weyl, Th., Physiolog. u. chem. Studien an Torpedo. (Ueber d. Stoffwechsel d. elektr. Organs.) Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 4 u. 5. p. 316.

S. a. XIX. 2. Haycraft.

3) *Anatomie u. Physiologie des Menschen. — Anthropologie. — Ethnologie.*

Adamkiewicz, Alb., Neue Rückenmarkstinktionen. I. Ergebnisse am normalen Gewebe. (Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 21 S. mit 2 Taf. 4 Mk.

Aronsohn, Ed., Ueber elektrische Geruchsempfindungen. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 4 u. 5. p. 460.

Barr, James, Ueber Ursachen u. Mechanismus d. Herzstosses. Brit. med. Journ. July 26.

Bechterew, W., Ueber d. Verbindung d. sogen. peripheren Gleichgewichtsorgane mit d. Kleinhirn. Arch. f. Physiol. XXXIV. 7 u. 8. p. 362.

Bechterew, W., Die Entstehung unserer Raumvorstellungen. Neurol. Centr.-Bl. III. 15. p. 345.

Bickel, Gustav, Ueber d. Ausdehnung u. d. Zusammenhang d. lymphat. Gewebes in d. Rachengegend. Virchow's Arch. XCVII. 2. p. 340.

Bizzozero, G. et A. A. Toore, Ueber Entstehung d. rothen Blutkörperchen bei d. Wirbelthieren. Arch. per le Sc. med. VII. p. 363.

Bloch, A. M., Ueber d. Schnelligkeit d. Empfindungsleitung in d. Nerven b. Menschen. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XX. 4. p. 284. Juillet—Août.

Blut in physiolog. Beziehung s. III. 3. *Bizzozero, Brasol, Dietrich, Hayem, Laker, Lavdowsky, Löwit, Spehl, Stein, Wooldridge.*

Bodenhamer, William, Ueber d. Rectum als Receptaculum für d. allmälige Ansammlung u. Retention der Fäkalmassen. New York med. Record XXVI. 12; Sept.

Brasol, Leo v., Wie entledigt sich d. Blut eines Ueberschusses an Tranbenzucker? Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 3. p. 211.

Brown-Séquard, Ueber d. Bedeutung gewisser Reflexvorgänge auf d. peripher. Innervation. C. r. des acad. et soc. méd. I. 27.

Buch, Max, Ueber die Tagesschwankungen der Muskelkraft d. Menschen. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 28. (Jahrbb. CCIII. p. 232.)

Charcot, Gedanke u. Sprache. Gaz. des Hôp. 78.

Christiani, Arthur, Zur Physiologie des Gehirns. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 4 u. 5. p. 465.

Dietrich, Josef, Die Wirkung comprimirter u. verdünnter Luft auf den Blutdruck. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XVIII. 3 u. 4. p. 242.

Dogiel, Joh., Zur Physiologie d. Lymphkörperchen. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 4 u. 5. p. 373.

Drasch, Otto, Histolog. u. physiol. Studien über d. Geschmacksorgan. (Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 52 S. mit 3 eingedr. Holzschn. u. 2 Tafeln. 2 Mk. 30 Pf.

Edinger, Ludwig, Zur Kenntniss d. Faserverlaufs im Corpus striatum. Neurol. Centr.-Bl. III. 15.

Eulenburg, A., Verfahren zur Temperatursinnmessung. Med. Centr.-Bl. XXII. 32.

Ewald, C. A., Ueber Schluckgeräusche. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 30.

Exner, Sigm., Die Innervation des Kehlkopfes. (Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 56 S. mit 3 Tafeln. 2 Mk.

Falk, Friedr., Ueber d. Beziehung d. Hautnerven zur Athmung. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 4 u. 5. p. 455.

Fano, Giulio, u. Dario Baldi, Ueber d. Albuminoidkörper d. Lymphe u. d. Blutes während d. Muskelarbeit. Sperimentale Luglio 1883. — Arch. per le Sc. med. VII. p. 410.

Florain, Léonce, Ueber Kalisulphocyanür im Speichel b. Menschen. Gaz. de Par. 30.

Freer, O. T., Injektion von Glycerin u. Carbolsäure zur Conservirung von Leichen. Chicago med. Journ. and Examiner XLIX. 1. p. 27. July.

Freud, Sigm., Eine neue Methode zum Studium d. Faserverlaufs im Centralnervensystem. Arch. f. Physiol. (anat. Abth.) 5 u. 6. p. 453.

Fuhr, A., Einmalige lineare Stromschwankung als Nervenreiz. Arch. f. Physiol. XXXIV. 9 u. 10. p. 510.

Gendre, A. v., Ueber d. Einfluss d. Temperatur auf einige thierisch-elektr. Erscheinungen. Arch. f. Physiol. XXXIV. 7 u. 8. p. 422. — Ueber den Einfluss des Nervensystems auf d. Todtenstarre. Das. XXXV. 1 u. 2. p. 45.

Gley, Eugène, Ueber d. Erregbarkeit d. Hirnrinde. Gaz. de Par. 28. 29.

Goldscheider, A., Die specif. Energie d. Temperaturnerven. Mon.-Hefte f. prakt. Dermatol. III. 7. 8. (Jahrbb. CCIII. p. 116. 233.)

Goltz, Fr., Ueber d. Verrichtungen d. Grosshirns. Arch. f. Physiol. XXXIV. 9 u. 10. p. 450.

Greenfield, W. S., Ueber d. Beziehungen zwischen Physiologie u. Pathologie. Brit. med. Journ. Aug. 9.

Gréhant u. Quinqaud, Ueber d. Ort d. Harnstoffbildung. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XX. 4. p. 317. Juillet—Août.

Gresswell, D. Astley, Ueber den Einfluss der Veränderungen d. Beleuchtung, d. atmosphär. u. anderer Verhältnisse auf d. organ. Erscheinungen, nach Beobachtungen während einer Reise um d. Welt auf einem Segelschiffe. Brit. med. Journ. July 26.

Halliburton, W. D., Ueber d. Proteïde d. Serum. Brit. med. Journ. July 26.

Hayem, G., Ueber d. Wirkung d. Zusatzes von Chlornatriumlösungen zu Methylviolett auf die Elemente d. Blutes. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 31.

Heitzmann, C., Die descriptive u. topograph. Anatomie d. Menschen in 600 Abbildungen. 3. Auflage. 2. Lief. Inh.: Knochen, Gelenke u. Bänder d. Extremitäten in 100 Abbildungen. Wien. Braumüller. 8. S. 81—144 je 4 Mk.

Hermann, L., Untersuchungen zur Lehre von d. elektr. Muskel- u. Nervenreizung. Arch. f. Physiol. XXXV. 1 u. 2. p. 1.

His, W., Die Anfänge unseres körperl. Daseins. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 14.

Hoggan, George, Ueber d. Nervenendigungen in der Haut der Säugethiere. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XX. 4. p. 265. Juillet—Août. (Jahrbb. CCII. p. 227.)

Hoppe-Seyler, F., Ueber Seifen als Bestandtheile d. Blutplasma u. d. Chylus. Ztschr. f. physiol. Chemie VIII. 6. p. 503.

Jahresberichte über d. Fortschritte d. Anatomie u. Physiologie; herausg. von *Fr. Hofmann* u. *G. Schwalbe.* XII. Bd. Literatur 1883. 1. Abtheilung: Anatomie u. Entwicklungsgeschichte. Leipzig. F. C. W. Vogel. 8. IV u. 493 S. 13 Mk.

Juhl, Valentin, Ueber d. Absorptionsvermögen d. menschl. Haut für zerstäubte Flüssigkeiten. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXX. 5. p. 514.

Kempner, G., Ueber d. Einfl. d. Sauerstoffgehaltes d. Einathmungsluft auf d. Ablauf d. Oxydationsprocesse im thier. Organismus. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 4 u. 5. p. 396.

Kornilowicz, Ueber Färbung der granulösen Körper. Progrès méd. XII. 29.

Kossel, A., Ueber einen peptonartigen Bestandtheil des Zellkerns. Ztschr. f. physiol. Chemie VIII. 6. p. 511. — Ueber Pepton. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 3. p. 307.

Krause, H., Ueber d. Beziehungen d. Grosshirnrinde zu Kehlkopf u. Rachen. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 3. p. 203.

v. Kries, Ueber d. Abhängigkeit d. Erregungsvorgänge von d. zeitl. Verlaufe d. zur Reizung dienenden Elektricitätsbewegungen. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 4 u. 5. p. 337.

Krimke, Alfr., Die Nerven d. Capillaren u. ihre letzten Endigungen. Inaug.-Diss. München. Augsburg. Wolff. 8. 26 S. mit 1 Tafel. 75 Pf.

Kronecker, H., Die Schluckbewegung. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 26. 28. 30—33.

Krukenberg, C. Fr. W., Die chem. Bestandtheile d. Knorpels. Ztschr. f. Biol. XX. 3. p. 305.

Kühne, W., Ueber Form, Struktur u. Entwicklung d. motorischen Nervenendigung. (Verhandl. d. naturh.-med. Ver. zu Heidelberg.) Heidelberg. C. Winter. 8. 9 S. 40 Pf.

Laker, Karl, Die ersten Gerinnungserscheinungen d. Säugethierblutes unter d. Mikroskop. (Sitz.-Ber. d. k.

Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 12 S. 25 Pf.

Landois, Ueber Lokalisation der Funktionen des Grosshirns. Deutsche med. Wchnschr. X. 28.

Langer, C., Ueber d. Ursprung d. innern Jugularvene. (Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 10 S. mit 1 Tafel. 60 Pf.

Lavdowsky, M., Mikroskopische Untersuchung einiger Lebensvorgänge d. Blutes. Virchow's Arch. XCVII. 2. p. 177.

Lindberger, Valter, Ueber die Bedeutung der Galle für d. Fäulniss im Dünndarm. Upsala läkarefören. förh. XIX. 7. S. 467.

Loew, O., Ueber Silber reducirende thierische Gewebe. Arch. f. Physiol. XXXIV. 9 u. 10. p. 596.

Löwit, M., Beiträge zu d. Lehre von d. Blutgerinnung. 1. Mittheil.: Ueber d. coagulative Vermögen d. Blutplättchen. (Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 38 S. 60 Pf.

Lukjanow, S., Ueber d. Aufnahme d. Sauerstoffs bei erhöhtem Procentgehalt dess. in der Luft. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 3. p. 308.

Lustig, Alessandro, Beiträge zur Kenntniss d. Entwicklung der Geschmacksknospen. (Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 17 S. 40 Pf.

Luys, J., Ueber d. Anordnung d. weissen Fasern d. Gehirnsubstanz. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 28. p. 465.

Mairet, A., Ueber d. Einfluss d. geistigen Arbeit auf d. Phosphorsäureausscheidung im Harne. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 33. p. 549.

Meltzer, S. J., Ueber Schluckgeräusche. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 29. 30.

Merkel, F., Die Topographie des Kopfes. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 37. p. 597.

Miura, Igacuschi Moritzi, Zur Histologie der Leber. Virchow's Arch. XCVII. 1. p. 142.

North, W., Ueber d. Einfluss körperlicher Arbeit auf d. Stickstoffausscheidung. Brit. med. Journ. July 19.

Oughton, T., Ueber d. sekundäre Natur d. binocularen Reliefs. Lancet II. 1. 2; July.

Pansch, Ad., Anatom. Vorlesungen. 1. Th.: Allgem. Einleit. Brust- u. Wirbelsäule. Berlin. Oppenheim. 8. X u. 222 S. mit 70 eingedr. Holzschn. 5 Mk. 50 Pf.

Peiper, E., Ueber d. Resorption durch d. Lungen. Ztschr. f. klin. Med. VIII. 4. p. 293.

Pollitzer, S., Ueber d. Temperatursinn. Journ. of Physiol. V. 3. p. 143.

Preyer, W., Specielle Physiologie des Embryo. Untersuch. über d. Lebenserscheinungen vor d. Geburt. 3. Lief. Leipzig. Grieben. 8. S. 321—480 mit eingedr. Holzschn. u. 3 Taf. u. 3 Bl. Erklärungen. 4 Mk.

Ranke, H., Ein Saugpolster in d. menschl. Backe. Virchow's Arch. XCVII. 3. p. 527.

Ranking, George S. A., Ueber d. Bezieh. zwischen Milz u. Schilddrüse. Lancet II. 3; July p. 127.

Raymond u. Artaud, Zur Lokalisation im Gehirn; Verlauf d. Hypoglossusbahn im Gehirn. Arch. de Neurol. VII. 20. 31. — Neurol. Centr.-Bl. III. 15. p. 347.

Reid, Robert W., Ueber d. Lageverhältnisse d. hauptsächlichen Fissuren u. Windungen d. Gehirns zur äussern Oberfläche d. Schädels. Lancet II. 13; Sept.

Rey, Ph., Ueber d. Gewicht d. Gehirns u. einzelner Theile desselben. Ann. méd.-psychol. 6. S. XII. 1. p. 107. Juillet.

Rieder, Hermann, Bestimmung d. Menge d. im Kothe befindlichen, nicht von d. Nahrung herrührenden Stickstoffs. Ztschr. f. Biol. XX. 3. p. 378.

Riehl, Gustav, Zur Kenntniss d. Pigments im menschl. Haar. Vjhrschr. f. Dermatol. u. Syph. XI. 1 u. 2. p. 33.

Rollett, Alex., Zur Kenntniss des Zuckungsverlaufes quergestreifter Muskeln. (Sitz.-Ber. d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 8 S. mit 1 Curventafel. 30 Pf.

Russo Giliberti, A., Ueber d. motorische Innervation d. Magens. Arch. per le Sc. med. VII. p. 291.

Sabourin, Ch., Ueber d. Venen an d. Oberfläche d. Leber u. ihre Wurzeln in d. Capsula Glissonii. Progrès méd. XII. 32.

Salomon, W., Ueber d. Vertheilung d. Ammoniaksalze im thier. Organismus u. über d. Ort d. Harnstoffbildung. Virchow's Arch. XCVII. 1. p. 149.

Schäfer, E. A., a) Ueber photograph. Darstellung von Volumenveränderungen, mit Anwend. auf d. plethysmograph. Darstellung d. Herzbewegung. — b) Instrument zur Messung d. Volumenveränderungen d. Herzens. Journ. of Physiol. V. 3. p. 127. 130.

Schmey, Ueber Modifikationen d. Tastempfindung. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 3. p. 309.

Schumburg, Wilh., Ueber das Vorkommen des Labferments im Magen d. Menschen. Virchow's Arch. XCVII. 2. p. 254.

Seegen, J., Zucker im Blute, seine Quelle u. seine Bedeutung. Arch. f. Physiol. XXXIV. 7 u. 8. p. 388.

Smith, Robert Meade, Ueber d. thermische Phänomen bei Contraktion d. Muskeln beim Säugethiere. Arch. of Med. XII. 1. p. 1. Aug. — Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 3. p. 261.

Spehl, Emile, Ueber d. Vertheilung d. cirkulirenden Blutes im Organismus. Journ. de Brux. LXXIX. p. 20. Juillet.

Spitzka, E. C., Zur Anatomie d. 4. Ventrikels. New York med. Record XXVI. 9; Aug. p. 249.

Starr, M. Allen, Ueber d. Verlauf d. sensorischen Fasern im Centralnervensystem. Journ. of nerv. and mental dis. N. S. IX. 3. p. 327. July.

Stein, Stanislaus v., Zur Lehre von den Blutkrystallen. Virchow's Arch. XCVII. 3. p. 483.

Stöhr, Philipp, Ueber Mandeln u. Balgdrüsen. Virchow's Arch. XCVII. 2. p. 211.

Tarenenzki, A., Die Stirnhöhlen d. Siebbeins u. deren Communikationsöffnungen in d. obern Nasengänge. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 28. p. 302.

Tartuferi, Ferrucio, Ueber d. feinern Bau d. Kerns. Med. Centr.-Bl. XXII. 31.

Theile, Friedr. Wilh., Gewichtsbestimmungen zur Entwicklung d. Muskelsystems u. d. Skelettes beim Menschen. Durch eine biographische Notiz eingeleitet von *W. His.* (Nova Acta d. k. Leop.-Carol. deutschen Akad. d. Naturforscher.) Halle u. Leipzig. Engelmann. 4. 339 S. 20 Mk.

Tschisch, Waldemar v., Ueber d. künstliche Bildung von Farbstoff im Nervengewebe. Virchow's Arch. XCVII. 1. p. 173.

Vincenzi, Livio, Ueber den Ursprung einiger Hirnnerven. Arch. per le Sc. med. VII. p. 319.

Waldeyer, Wie soll man Anatomie lehren u. lernen. Berlin. Hirschwald. 8. 41 S. 80 Pf. — Vgl. Deutsche med. Wchnschr. X. 37. 38.

Weil, C., Ueber d. Descensus testiculorum, nebst Bemerkungen über d. Entwicklung d. Scheidenhäute u. d. Scrotum. Ztschr. f. Heilk. V. 4 u. 5. p. 225.

Weiske, H., u. B. Schulze, Versuche über d. Verhalten verschiedener Amidkörper im thier. Organismus. Ztschr. f. Biol. XX. 3. p. 275.

White, John M., Anatom. Messungen. Philad. med. and surg. Reporter LI. 11. p. 283. Sept.

Wooldridge, L. C., Ueber einen neuen Stoff d. Blutplasmas. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 4 u. 5. p. 191.

Worm Müller, Die Ausscheidung d. Zuckers im Harne d. gesunden Menschen nach Genuss von Kohlehydraten. Arch. f. Physiol. XXXIV. 9 u. 10. p. 530.

Zenner, Philip, Ueber d. Sehcentren. New York med. Record XXVI. 6. 9; Aug., 13; Sept.

Zuckerkandl, E., Ueber d. Cirkulationsapparat in der Nasenschleimhaut. (Denkschrift d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Imp.-4. 32 S. mit 5 Taf. 6 Mk.

Zuckerkandl, E., Das Schwellgewebe d. Nasenschleimhaut u. dessen Beziehungen zum Respirationsspalt. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 38.

S. a. III. 2. Gad, List, Lustig, Mitrophanow, Müller, Munk, Singer. VIII. 2. a. Horsley, Tamburini; 7. Foà. XIX. 4. Hawkins.

Vgl. a. I. *Physiologische Chemie.* III. 1. *Zellenbildung;* 2. *Entwicklungs-Geschichte.* V. 2. u. VII. *Physiolog. Wirkung einzelner Arzneisubstanzen u. Gifte.* VIII. 2. a. *Pathologische Beobachtungen in Bezug auf die Lokalisation d. Funktionen d. Gehirns.*

Die Anatomie u. Physiologie der weibl. Sexualorgane, des Seh- u. Gehör-Organs, des Zahnsystems s. IX. X. XIII. XIV. 1. XV.

4) *Missbildungen und angeborne Bildungsvarietäten.*

Heusinger, Fall von Anencephalus. Deutsche med. Wehnschr. X. 34.

Koester, Cor uniloculare biatriatum b. Situs transversus viscerum. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 29. p. 455.

Lévêque, Emile, Vollständ. Transpositio viscerum. Progrès méd. XII. 37. p. 742.

Main, Duncan, Anus imperforatus; Ausmündung d. Rectum durch d. Urethra. Edinb. med. Journ. XXX. p. 120. [Nr. 350.] Aug.

Monastyrski, N. D., Fall von Situs viscerum inversus. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 35. p. 366.

Pflüger, E., Mikrocephalie u. Mikrophthalmie. Arch. f. Ahkde. XIV. 1. p. 1.

Richter, Alfr., Zur Casuistik der Heterotaxien. Virchow's Arch. XCVII. 2. p. 365.

Robertson, John Keith, Angeborne Flexion d. Kniegelenks nach vorn. Glasgow med. Journ. XXII. 2. p. 118. Aug.

Zacharias, Seltene Bildungshemmung. Med. Centr.-Ztg. LIII. 71.

S. a. VIII. 2. a. Lachi. XII. 2. Müller.

Ueber angeborne Bildungsfehler einzelner Organe s. VIII. 2. a; 4; 5; 6; 7; 8. IX. X. XII. 4; 5; 6; 9; 10. XIII. XIV. 1. XV. Ueber *Missgeburten* auch XVIII.

IV. Hygieine; Diätetik; Sanitätspolizei.

Prüfung der Nahrungsmittel u. Verfälschungen derselben; Desinfektion.

Ausstellung auf d. Gebiete d. Hygieine u. d. Rettungswesens zu Berlin im Sommer 1883. Deutsche Vierteljahrschr. f. öff. Geshpfl. XVI. 3. p. 357.

Baer, A., Ueber die Beköstigung der Gefangenen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XLI. 1. p. 111. Juli.

Barrett, James W., Modifikation d. *Liernur*'schen Abfuhrsystems für Hospitäler. Med. Times and Gaz. Aug. 30.

Bericht über d. 11. Vers. d. deutschen Vereins f. öffentl. Gesundheitspflege zu Hannover. Deutsche med. Wchnschr. X. 39. 40.

Bertillon, Ueber d. öffentl. Gesundheitszustand in Paris. Gaz. des Hôp. 86. 89.

Bierbaum, Friedr. August, Ueber d. Tabak. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. III. 9. p. 332.

Binnie, John, Ueber Ernährung der Kinder mit Kuhmilch. New York med. Record XXVI. 11; Sept.

Chevers, Norman, Ueber d. Gesundheitsverhältnisse in England. Brit. med. Journ. Sept. 27.

Cohn, Hermann, Tageslichtmessungen in Schulen. Deutsche med. Wchnschr. X. 38. — Ueber künstl. Beleuchtung d. Schulzimmer. Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 16. p. 197.

Congress, internationaler, f. d. Hygieine u. Dermographie im Haag. Deutsche med. Wchnschr. X. 38. — Revue d'Hyg. VI. 9. p. 762. Sept.

Denkschrift über die Schulüberbürdungsfrage. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. III. 7 u. 8. p. 270.

Du Claux, V., Ueber Unreinigkeiten im Eise. Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 2. p. 97. Août.

Du Claux, V., Congress für Gewerbshygieine zu Rouen. Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 3. p. 271. Sept.

Dujardin-Beaumetz, Ueber hygiein. Getränke f. d. Schulen. Bull. et mém. de la Soc. de Thér. XV. 18. p. 114. Sept. 30.

Förster, Einige Grundbedingungen f. gute Tagesbeleuchtung in d. Schulsälen. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XVI. 3. p. 417.

Fokker, A. P., Die hygiein. Bedeutung d. Tabakrauchs. Nederl. Weekbl. 35. (Jahrbb. CCIII. p. 129.)

Frickhinger, Hermann, Die Brunnenwässer von Nördlingen im Ries. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 34. 35.

Gauster, Ueber die Ventilation des Wohnhauses vom ärztl. Standpunkte. Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Nieder-Oesterr. X. 16.

Georgiewski, J., Ueber Kefir. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 29. p. 314.

Goës, A., Zur öffentl. Gesundheitspflege. Eira VIII. 15.

Goldkuhl, A. E., Ueber Schulhygieine. Eira VIII. 13.

Gräber, Ernst, Historisches zur Entwicklung d. öffentl. Gesundheitspflege auf d. Gebiete d. Fleischnahrung. Deutsche Ztschr. f. Thiermed. u. vgl. Pathol. X. 5 u. 6. p. 321.

Grahn, E., Die Art der Wasserversorgung in den Städten d. deutschen Reichs. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XVI. 3. p. 439.

Heyman, F., Ueber d. Stellung d. Arztes zur Ventilations- u. Heizungsfrage. Hygiea XLVI. 7. S. 429.

Hygieine auf d. Nationalausstellung in Turin. Revue d'Hyg. VI. 8. p. 685. Août.

Jahresbericht, 12., d. schweizerischen Milchversuchsstation in Lausanne (früher in Thun) von Dir. *R. Schatzmann.* Aarau. Christen. 8. 45 S. 60 Pf.

Knott, W., Die Schulen d. Stadt Mülheim am Rhein. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. III. 7 u. 8. p. 243.

Koch, Alphonse, Ueber Desinfektion mit kochendem Wasser u. Dampf. Revue d'Hyg. VI. 8. p. 679. Août.

Kochs, W., Ein neues Fleischmittel. Nährmittel u. Genussmittel f. Kranke u. Gesunde. Bonn. Max Cohen u. Sohn (Fr. Cohen). 8. 34 S. mit 7 Taf.

König, Arthur, Ueber d. *Wuttke*'sche Ventilations- u. Heizungssystem. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XLI. 1. p. 135. Juli.

Liebig, Hermann v., Ueber Ernährung d. Kinder. Deutsche med. Wchnschr. X. 40.

Nason, John J., Ueber öffentl. Gesundheitspflege. Brit. med. Journ. July 5.

Ohlmüller, Wilhelm, Zusammenstellung der Kost siebenbürgischer Feldarbeiter. Ztschr. f. Biol. XX. 3. p. 393.

Oliver, N. E., Peptonisirte Milch als Kindernahrung. New York med. Record XXVI. 13; Sept. p. 363.

van Overbeek de Meijer, Ueber d. Schulbank. Nederl. Weekbl. 30.

Owen, Edmund, Ueber künstl. Kinderernährung. Lancet II. 7; Aug.

Panum, P. L., Ueber d. Kostrationen Gesunder u. Kranker, besonders in Krankenhäusern u. Gefängnissen. Brit. med. Journ. Aug. 30. — New York med. Record XXVI. 8; Aug.

Perryman, Jas. L., Ueber d. nachtheil. Wirkungen d. Alkohol. Philad. med. and surg. Reporter LI. 13. p. 337. Sept.

Petri, Plaudereien über d. Erhaltung u. Beförderung d. Gesundheit u. über d. Verhütung von ansteckenden Krankheiten. Detmold. Meyer. 8. 96 S. 1 Mk.

Pintér, Gyula, Von der International Health Exhibition. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 37.

Podwyssotzki (Sohn), W., Kefir. Kaukasisches Gährungsferment u. Getränk aus Kuhmilch. Aus d. Russ. nach der 3. Aufl. übers. von *Mor. Schulz.* St. Petersburg. Ricker. 8. XI u. 73 S. 1 Mk. 60 Pf.

Poehl, A., Chem. u. bakteriolog. Untersuchungen betreffend d. Wasserversorgung Petersburgs, nebst einem Beitrag zur Biologie d. Mikroorganismen. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 31. 32. 33.

Ritter, Ueber Vorsichtsmaassregeln b. Turnunterricht. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XLI. 1. p. 100. Juli.

Rubner, Max, Ueber d. Einfl. d. Extraktivstoffe d. Fleisches auf d. Wärmebildung. Ztschr. f. Biol. XX. 3. p. 265.

Salomon, G., Chem. Untersuchung eines von Guaninablagerungen durchsetzten Schinkens. Virchow's Arch. XCVII. 2. p. 360.

Schleissner; V. Budde, Ueber Pulver zur Abtrittsdesinfektion. Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 9.

Schmidt, F. A., Die Reform d. körperl. Uebungen in d. Schulen. Centr.-Bl. f. allgem. Geshpfl. III. 7 u. 8. p. 235.

Schmidt-Mülheim, Adf., Handbuch d. Fleischkunde. Eine Beurtheilungslehre des Fleisches unserer Schlachtthiere mit besond. Rücksicht auf d. Gesundheitspflege d. Menschen u. d. Sanitätspolizei. Leipzig. F. C. W. Vogel. 8. X u. 320 S. mit 36 eingedr. Holzschn. 6 Mk.

Schmidt-Mülheim, A., Methode zum Nachweis von Finnen in Wurst u. zerkleinertem Fleische. Deutsche Ztschr. f. Thiermed. u. vgl. Pathol. X. 5 u. 6. p. 374.

Smith, Angus, Die Luft im Dienste d. Gesundheitspflege. Gesundheit IX. 14.

Smith, J. Lewis, Ueber Ernährung d. Kinder u. Bereitung von peptonisirter Milch. New York med. Record XXVI. 3; July p. 80.

Smith, Noble, Ueber die Körperhaltung in der Schule u. ihr Einfl. auf d. phys. Entwicklung. Med. Times and Gaz. Aug. 9.

Ssadowen, A., Ueber Kefir. Petersb. med. Wochenschr. N. F. I. 29. p. 313.

Steinmeyer, H., Ueber Desinfektionslehre u. ihre Anwendung auf d. Praxis. Auf Grundlage d. Untersuchungen über pathogene Krankheitserreger. (Mon.-Bl. f. öff. Geshpfl.) Braunschweig. E. H. Meyer. 8. 24 S. 75 Pf.

Struve, G., Ueber Kefir. Petersb. med. Wochenschr. N. F. I. 29. p. 314.

Trélat, Emile, Ueber d. Abfuhr in Paris. Revue d'Hyg. VI. 8. p. 673. Août.

Tresling, T. Haakma, Ueber d. Volksnahrung in d. Niederlanden. Nederl. Weekbl. 38.

Vallin, E., Ueber d. Filter auf der hygiein. Ausstellung in London. Revue d'Hyg. VI. 7. p. 595. Juillet.

Vallin, E., Ueber d. internationale Hygieine-Ausstellung in London. Revue d'Hyg. VI. 7. 8. p. 631. 718. Juillet, Août.

Vallin, E., Ueber d. Gefährlichkeit d. Fleisches u. d. Milch tuberkulöser Thiere. Revue d'Hyg. VI. 9. p. 737. Sept.

Warner, Francis, Das Gehirn d. Schulkindes. Med. Times and Gaz. Sept. 27.

Weber, Hermann, Ueber Schulhygieine in England. [Sep.-Abdr. a. d. Verh. d. 3. Congr. f. innere Med.] Wiesbaden. J. F. Bergmann. gr. 8. 21 S.

Wyttenbach, Albert, Summar. Geschäftsbericht d. Sanitätscommission d. Stadt Bern seit ihrem Bestehen. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 13.

S. a. XVI. Presl. XVII. 1. Schule. XVIII. Baron, Girard, Imlach. XIX. 1. Ueber *Vegetarianismus; 2. Gewerbekrankheiten; 3. Allgemeines, Desinfektion von Krankenräumen.*

V. Pharmakologie.

1) *Allgemeines.*

Bruun, O., Apotheker u. Quacksalber. Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 1. 2.

Capaun-Karlowa, C. F., Medic. Specialitäten. Eine Sammlung aller bis jetzt bekannten u. untersuchten med. Geheimmittel mit Angabe ihrer Zusammensetzung nach d. bewährtesten Chemikern. 2. Aufl. Wien. Hartleben. 8. IV u. 287 S. 3 Mk. 25 Pf.

Groth, J. P., Ueber Wiederholung von Recepten, besonders Opiumrecepten. Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 17. 18.

Jahresbericht über d. Fortschritte d. Pharmakognosie, Pharmacie u. Toxikologie, herausgeg. von *Heinr. Beckurts.* 16. u. 17. Jahrg. 1881 u. 1882. 2. Hälfte. Göttingen. Vandenhoeck u. Ruprecht. 8. VII u. S. 401—986. 11 Mk. (compl. 18 Mk.)

Kalender, pharmaceut., 1885. Herausgeg. von Dr. *Ewald Geissler.* Mit einer Beilage: Pharmaceut. Jahrbuch. Berlin. Springer. 16. 262 u. 292 S. 3 Mk.

Mayet, Ueber Wiederanfertigung von Recepten ohne besondere ärztl. Verordnung. Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 2. p. 179. Août.

Tornöe, C., Apotheker u. Quacksalber. Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 4.

Vgl. a. XVII. 1. *Geheimmittelwesen u. Kurpfuscherei.* XIX. 2 u. 3. *Wirkung u. Anwendung der Arzneimittel im Allgemeinen; Heilmethoden.*

2) *Einzelne Arzneimittel.*

Alexander, Ueber d. Wirkungen u. Nebenwirkungen d. Antipyrin. Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 14. (Jahrbb. CCIII. p. 237.)

Almès, Henri, Ueber Anwendung d. Phellandria b. Brustaffektionen. Gaz. de Par. 31.

Altmann, Ueber Adonis vernalis. Deutsche med. Wchnschr. X. 28. p. 445.

Andeer, Justus, Resorcin als Erbrechen stillendes Mittel. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 27. — Die Gegengifte d. Resorcin. Wien. med. Presse XXV. 38. — Resorcin als Hypnotikum. Prag. med. Wchnschr. IX. 39. — Das Resorcinderivat Phloroglucin. Med. Centr.-Bl. XXII. 33. — Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 34. p. 382.

Baeckman, A. M., Ueber Menthol u. Migränestifte. Hygiea XLVI. 7. Svenska läkaresällsk. förh. S. 116.

Beyer, H. G., Ueber d. Wirkung d. Carbolsäure, d. Atropin u. d. Convallaria auf d. Herz d. Schildkröte u. d. Frosches. Proceed. of the naval med. Soc. II. 1. p. 21.

Bielschowsky, E., Ueber Behandlung mit Antipyrin. Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 16. (Jahrbb. CCIII. p. 236.)

Bongers, Paul, Ueber d. lähmende Wirkung d. Strychnins. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 4 u. 5. p. 331.

Bourgoin, Edme, Ueber d. Löslichkeit d. Quecksilberjodür in Wasser u. Alkohol. Bull. de l'Acad. 2. S. XIII. p. 1258. Sept. 9.

Busch, A., Zur antifebrilen Wirkung d. Antipyrin. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 27.

Cahn, A., Ueber Antipyrin u. Antipyrinexanthem. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 36. (Jahrbb. CCIII. p. 237.)

Dannecy, P. G., Bereitung des Fleischpulvers. Bull. de Thér. CVII. p. 231. Sept. 15.

Dujardin-Beaumetz, Ueber mit Sauerstoff imprägnirtes Wasser. Bull. et mém. de la Soc. de Thér. XV. 13. p. 78. Juillet 15.

Dumoutiers, Ueber die Elimination des doppeltchroms. Kali. Progrès méd. XII. 30.

Eloy, Charles, u. Henri Huchard, Ueber d. antitherm. Wirkung d. Quebracho-Alkaloide (Aspidosper-

min, Quebrachin, Hypoqnebrachin, Aspidospermatin). L'Union 137. — C. r. des acad. et soc. de méd. I. 38.

Ensing, J., Ueber d. Wirkung d. Kairin. Nederl. Weekbl. 29.

Erb, W., Zur Kenntniss der Nebenwirkungen der Salicylsäure. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 29.

Erb, W., Ueber Antipyrin. Aerztl. Mittheil. aus Baden XXXVIII. 14. (Jahrbb. CCIII. p. 236.)

Evers, Erkrankung, anscheinend hervorgerufen durch Naphthalin. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 37.

Eyselein, Ueber d. Ozon u. seine Einwirkung auf chron. Nervenkranke. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 144.

Falck, Ferd. Aug., Ueber d. Einfl. d. Alters auf d. Wirkung d. Arzneimittel. Arch. f. Physiol. XXXIV. 9 u. 10. p. 525.

Filipow, M., Zur therapeut. Bedeutung von Sauerstoff u. Ozon. Arch. f. Physiol. XXXIV. 7 u. 8. p. 335.

Friedmann, Moriz, Secale cornutum als prophylakt. Mittel gegen Gehörstörungen nach Salicylsäure u. Chinin. Wien. med. Presse XXV. 29.

Frölich, H., Ueber d. Zersetzungen von Höllensteinlösungen. Wien. med. Presse XXV. 37.

Fronmüller sen., G., Piscidia erythrina. Memorabilien XXIX. 5. p. 265.

Geneuil, Anatole, Ueber Aconitin. Bull. de Thér. CVII. p. 30; Juillet 15.

Groot, J. de, Solutio ferri albuminati dialysati. Nederl. Weekbl. 35.

Guttmann, Paul, Ueber Antipyrin. Deutsche med. Wchnschr. X. 31. (Jahrbb. CCIII. p. 238.)

Hage, J. J., Ueber die Wirkung des Antipyrin. Nederl. Weekbl. 30. (Jahrbb. CCIII. p. 239.)

Hastreiter, Sublimatekzem. Med.-chir. Corr.-Bl. f. deutsch-amerikan. Aerzte II. 18. p. 273. Juni.

Hermann, L., Ueber d. Unwirksamkeit d. Curare vom Magen aus (nach Versuchen von *Adolf Frick* u. *Edward v. Meyer*). Arch. f. Physiol. XXXIV. 9 u. 10. p. 506.

Hermann, L., u. A. v. Gendre, Ueber d. Wirkung d. Chloressigsäure. Arch. f. Physiol. XXXV. 1 u. 2. p. 35.

Heuel, Franz, Ueber Schwefelätherinhalation u. einen automat. Apparat dazu. New York med. Record XXVI. 3; July.

Jefferson, Arthur, Aether als Anästhetikum b. Herzkrankheiten. Lancet II. 12; Sept.

Jousset, P., Ueber Hamamelis. Bull. de Thér. CVII. p. 27; Juillet 15.

Juliusburger, O., a) Ueber das Auftreten von Herpes zoster b. Arsenikgebrauch. — b) Arzneiexanthem nach Gebrauch von Tartarus boraxatus. Vjhrschr. f. Dermatol. u. Syph. XI. 1 u. 2. p. 97. 110.

Kefir, ein neues Heilmittel. Wien. med. Presse XXV. 36. p. 1159.

Klingensmith, J. P., Calomel gegen Diphtheritis u. Croup. New York med. Record XXVI. 2; July.

Lebovicz, F. L., Ueber d. therapeut. Wirkung d. Borsäure. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 38.

Lussana, Filippo, u. Francesco Ciotto, Ueber d. Alkaloide d. gegohrenen Mais. Gazz. Lomb. 8. S. VI. 27. 28. 29.

Lyons, A. B., Ersatzmittel f. d. Leberthran. Therap. Gaz. N. S. V. 9; Sept.

Maki, Rioschiro, Ueber d. Einfl. d. Kamphers, Coffeïns u. Alkohols auf d. Herz. Strassburg. Schultz u. Co. 8. 59 S. 1 Mk. 50 Pf.

Malthe, A., Jodoformstift als Aetzmittel. Norsk Mag. 3. R. XIV. 7. S. 507.

Maragliano, Ed., Wirkung des salicyls. Natron auf d. Cirkulation. Ztschr. f. klin. Med. VIII. 3. p. 248.

Maragliano, E., Ueber d. Kairin. Med. Centr.-Bl. XXII. 39.

Marckwald, Max, Ueber d. Wirkungen von Ergotin, Ergotinin u. Sklerotinsäure auf Blutdruck, Uterusbewegungen u. Blutungen. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 4 u. 5. p. 434. — Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 397.

Miguel, Ueber d. Antiseptika. Bull. de Thér. CVII. p. 80. Juillet 30.

Miller, J. W., Ueber Desinfektionsmittel. Practitioner XXXIII. 3. p. 185. Sept.

Mühe, Anton, Morphiumkügelchen f. subcutane Injektionen. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 28.

Neisser, A., Ueber Jodoformexantheme. Deutsche med. Wchnschr. X. 30.

Noorden, Carl v., Zur Wirkung des Antipyrin. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 32. (Jahrbb. CCIII. p. 237.)

North, N. L., Ueber d. Unzuverlässigkeit d. flüssigen Extrakte. New York med. Record XXVI. 4; July.

Penzoldt u. E. Sartorius, Antipyrin in d. Kinderpraxis. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 30. (Jahrbb. CCIII. p. 238.)

Peters, John C., Ueber Warburg's Tinktur (Mixtur aus verschied. Ingredienzien mit Chinin). New York med. Record XXVI. 3; July.

Piering, Oscar, Ueber d. Agaricin u. seinen Einfluss auf die Perspiration. Prag. med. Wchnschr. IX. 31. 32.

Pietra-Santa, Prosper de, Ueber Desinfektion mit schwefliger Säure. Bull. de Thér. CVII. p. 266. Sept. 30.

Plugge, P. C., Ueber Zusammensetzung u. Wirkung d. Heilmittel. Nederl. Weekbl. 37.

Queirolo, G. B., Ueber Secale cornutum u. Sklerotinsäure. La Salute 2. S. XVIII. 25.

Queirolo, G. B., Ueber Antipyrin. La Salute 2. S. XVIII. 26. — Ueber Kairin. Ibid. 27. 28. 29.

Rapin, E., Ueber Antipyrin. Rev. méd. de la Suisse Rom. IV. 7. 9. p. 404. 532. Juillet, Sept. (Jahrbb. CCIII. p. 239.)

Riegel, Franz, Caffeïn bei Herzkrankheiten. [Sep.-Abdr. a. d. Verh. d. 3. Congr. f. innere Medicin.] Wiesbaden. J. F. Bergmann. gr. 8. 38 S. mit 5 Tafeln. 2 Mk.

Ringer, Sydney, Ueber d. Wirkung d. rhombischen Natron-Phosphat u. -Bicarbonat auf d. Muskelcontraktion. Brit. med. Journ. July 19.

Russo Giliberti, A., Ueber d. Wirkung d. Resorcin. Arch. per le Sc. med. VII. p. 171.

Schapiro, Heinrich, Wirkung d. Atropin auf d. Leistung d. Herzens. Med. Centr.-Bl. XXII. 33.

Schulz, Hugo, Ueber den therapeut. Werth des Arsen. Deutsche med. Wchnschr. X. 29.

Secchi, Zur Wirkung d. Antipyrin bei Phthisis; Exanthem nach Anwendung desselben. Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 15. (Jahrbb. CCIII. p. 237.)

Seifert, Paul, Ueber d. antipyret. Wirksamkeit d. Hydrochinon. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 58. — Berl. klin. Wchnschr. XXI. 29.

Sjögren, H. Vilh., Ueber Aloë. Upsala läkarefören. förh. XIX. 7. S. 475.

Smith, Andrew H., Ueber d. Toleranz gegen Hydrarg. sublim. corros. in kleinen u. oft wiederholten Gaben. New York med. Record XXVI. 12; Sept.

Smith, Robert Meade, Ueber d. Untersuchung der Wirkung der Heilmittel. Therap. Gaz. N. S. V. 9; Sept.

Stocquart, Ueber subcutane Injektion von Tinct. secalis cornuti. Journ. de Brux. LXXIX. p. 130. Août.

Stuart, T. P. Anderson, Ueber d. Einfluss d. Nickel- u. Kobaltverbindungen auf d. thier. Organismus. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XVIII. 3 u. 4. p. 151.

Tangeman, C. W., Ueber Sarkopeptone. Therap. Gaz. N. S. V. 7; July.

Testa, Baldassare, Ueber d. physiol. Wirkung d. Naphthalin. Riv. clin. XXIII. 8. p. 706. Agosto.

Tonoli, Stefano, Ueber Salicin u. Salicylpräparate. Gazz. Lomb. 8. S. VI. 35. 36. 38. 39.

Ucke, J., Der Kefir. Deutsche Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XVI. 3. p. 432.

Vigier, Pierre, a) Ueber Elix. paregoricum. — b) Benzoëlimonade. — c) Sulphocarbol. — d) Laudanum Sydenhami. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 27. 28. 32. 36. — Vgl. a. für c. Bull. et mém. de la Soc. de Thér. XV. p. 82. Juillet 30.

Vigier, Pierre, Schwefelkohlenstoff als Desinfektionsmittel. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 33.

Wallian, Samuel S., Ueber Bereitung u. Anwendung d. Sauerstoffs. New York med. Record XXVI. 11. 12; Sept.

Wulfsberg, N., Quecksilber u. Jod gegen Syphilis. Tidsskr. f. prakt. Med. IV. 18. 19.

Zeni, Giovanni, u. Ciro Bettelli, Ueber d. Wirkung d. Resorcin auf Temperatur u. Stoffwechsel bei Gesunden. Riv. clin. XXIII. 8. p. 720. Agosto.

S. a. VII. Loew. VIII. 1. *Verhandlungen;* 2. c. Bramwell, Harris, Stickler, Strahan, Taylor; 2. d. Hay; 3. a. Beale, Cauldwell, Eager, Le Blond, Masson, Mayor, Naegeli; 3. c. Quinlan; 3. d. Dinaud; 3. e. Drummond; 3. f. Beaudon, Bonamy; 5. Droux; 6. Liebig; 9. a. Andeer, Brunn, Shoemaker; 9. b. Tenneson; 10. Shoemaker, Unna; 11. Forbes, Smythe. IX. Jeannel. X. Judet. XII. 1. Mikulicz, v. Mosetig-Moorhof. XII. 4. Fränkel. XIII. Hippel, Ramboldi, Schenkl, Wecker. XIV. 1. Brandeis, Buck, Eitelberg, Gottstein, Howe, Seely, Sexton, Tangeman. XVI. Engelken, Ewart, Kéraval, Lucaszewsky.

3) *Elektrotherapie, Metalloskopie, Magnetotherapie.*

Benedikt, Mor., Die Elektricität in d. Medicin. (Wiener Klinik. Jahrg. 1884. 2. Hft.) Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. S. 25—47. je 75 Pf.

Boettcher, Batterie von Zink u, Kohle in Quecksilberchloridlösung. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 30. p. 472.

Bruce, A., Tragbare galvan. Batterie. Edinb. med. Journ. XXX. p. 244. [Nr. 351.] Sept.

Erdmann, Ueber d. diagnost. Bedeutung d. Entartungsreaktion. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 42.

Lewandowski, Rudolf, Die Medicin auf d. elektr. Ausstellung in Wien 1883. Wien. med. Presse XXV. 27.

Meier, G. C. H., Elektrolyse b. Strikturen. New York med. Record XXVI. 7; Aug. p. 195.

Mundt, Ueber d. Verwendung d. statischen Elektricität in d. Elektrotherapie. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 70.

Schleicher, A., Ueber farado-elektr. Bäder. Wien. med. Presse XXV. 27.

Stepanow, Ueber d. physiolog. u. therapeut. Wirkung d. stat. Elektricität auf d. menschl. Organismus. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 35. p. 366.

Trautwein, J., Ueber d. elektr. Dusche u. über einen Fall von multipler Neuritis. Ztschr. f. klin. Med. VIII. 3. p. 279.

Trautwein, J., Ueber d. Stromvertheilung im menschl. Körper b. Anwendung d. galvan. Bades. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 37.

Voltolini, Zink-Platina-Tauchbatterie. Mon.-Schr. f. Ohkde. u. s. w. XVIII. 9.

S. a. III. 2. Hermann, Weyl; 3. Aronsohn, Gendre, Hermann. VII. Braatz. VIII. 2. c. Fränkel; 3. f. Vigouroux; 5. Bresgen, Hartmann. IX. Apostoli. X. Mundé. XII. 4. Streeter; 9. Streeter. XIII. Thompson.

VI. Balneologie; Hydrologie; Milch-, Molken-, Kumyss-, Trauben-, klimatische Kurorte.

Boyland, G. Halsted, Ueber das Klima von Florida. New York med. Record XXVI. 4; July p. 109.

Bremond, Ernest, Ueber Terpentindampfbäder. Bull. et mém. de la Soc. de Thér. XV. 16. p. 101. Août 30.

Cadier, Ueber Anwendung von Mineralwässern b. chron. Affektionen d. Rachens u. d. Larynx. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx X. 3. p. 162. Juillet.

Cederström, Carl, Ueber Strömstad, dessen Klima u. Krankheitsverhältnisse u. über d. Badeanstalt u. d. Seebad daselbst. Hygiea XLVI. 7. S. 449.

Fiedler, Apparat, um d. Temperatur permanenter Bäder dauernd auf gleicher Höhe zu erhalten. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 63.

Fresenius, R., Chem. Untersuchungen d. Stettiner Stahlquelle. Wiesbaden. Kreidel. 8. 19 S. 80 Pf.

Gatchell, Edwin A., Nutzen d. Klima von Nord-Carolina b. Schwindsucht. New York med. Record XXVI. 13; Sept. p. 364.

Jaworski, W., Ueber d. Trinktemperaturen d. Karlsbader Thermen an d. Quelle u. bei d. Hauskur. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 35. 36.

Kaatzer, Peter, Ueber Bad Rehburg. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 29. 30.

Marcus, Die Indikationen f. d. Stahl- u. Soolbad Pyrmont. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 29.

Mineralquellen d. siebenbürgischen Hochlandes. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Müller, O., Winterkurorte f. Nervenkranke an d. Riviera. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 131.

Quehl, F., Lexikon d. Bäder, Brunnen u. Kurorte in Deutschland, Oesterreich-Ungarn u. d. Schweiz. 2. Aufl. Ems. L. J. Kirchberger's Buchhdlg. 8. 187 S.

Reimer, Heilwerth d. Riviera als Winteraufenthalt. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden 1883—1884. p. 14.

Roden, S. S., Ueber d. Wirkung d. Salzwassers von Droitwitch bei gewissen Krankheiten. Brit. med. Journ. Aug. 9.

Sorger, Frz., Ueber d. wichtigsten Punkte der Diätetik während einer Karlsbader Kur. 9. Aufl. Karlsbad. Feller. 8. 79 S. 1 Mk. 20 Pf.

Stoecker, Bad Wildungen u. seine Mineralquellen mit besond. Berücksichtigung ihrer Heilkräfte bei den Krankheiten d. Harnorgane. 8. Aufl. Arolsen. Speyer. 8. 36 S. mit 1 Taf. 50 Pf.

Terrier, F., Ueber Anwendung d. zerstäubten Wassers von Mont-Dore zu Inhalationen. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 39.

Veröffentlichungen d. Ges. f. Heilkunde in Berlin IX. Inh.: 6. öffentl. Versammlung d. balneolog. Sektion am 15. u. 16. März 1884. Berlin. Grosser. 8. IV u. 60 S. 1 Mk.

S. a. VIII. 3. a. Brachet; 5. Barrett; 6. Dauchez. IX. Kisch. XIX. 3. *Hydrotherapie.*

VII. Toxikologie.

Addinsell, Augustus W., Vergiftung durch Sardinen. Lancet II. 13; Sept.

Alberti, Ausgedehnte Gangrän d. Halsmuskulatur u. Lähmung d. rechten Beins in Folge von Neuritis ischiadica nach Kohlenoxydgasvergiftung. Deutsche Ztschr. f. Chir. XX. 6. p. 476.

Bage, Charles, Vergiftung durch Solanum Pseudo-Capsicum. Austral. med. Journ. N. S. VI. 7. p. 297. July.

Barfod, H. P. B., Ueber Verhütung von Vergiftungen durch Verwechslung von Medikamenten. Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 20.

Blyth, A. Wynter, Ueber alte u. moderne Toxikologie. Med. Times and Gaz. Aug. 2.

Bockschütz, B., Ueber Gefährlichkeit d. Kali chloricum. Wien. med. Presse XXV. 33.

Braatz, Egbert, Ueber Wiederbelebungsversuche bei Chloroformtod, besond. über Anwendung der Elektricität. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 28. 29. 30.

Brunton, T. Lauder, u. T. Theodore Cash, Ueber vorbeugende Gegengifte. Med. Centr.-Bl. XXII. 31.

Cervello, Vinc., Paraldehyd als Antagonist des Strychnin. Arch. per le Sc. med. VII. p. 1.

Clarke, J. St. Thomas, Ueber plötzl. Entziehung d. Morphium b. Morphiumsucht. Lancet II. 12; Sept.

Dana, S. W., Säuferwahnsinn ähnliches Delirium in Folge von Morphiummissbrauch. New York med. Record XXVI. 3; July.

Descoust u. Yvon, Fälle von Asphyxie durch Kohlensäure. Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 1. p. 69. Juillet.

Eisler, Bernhard, Ueber Kreuzotternbisse u. deren Folgen. Wien. med. Presse XXV. 32.

Falck, Ferd. Aug., Ueber d. Einfl. d. Alters auf d. Wirkung d. Strychnin. Arch. f. Physiol. XXXIV. 9 u. 10. p. 530.

Flinzer, Zur Lehre von der Fleischvergiftung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XLI. 1. p. 97. Juli.

Fuller, Fraser C., Vergiftung durch d. Biss einer Klapperschlange. New York med. Record XXVI. 5; Aug. p. 137.

Hoffmann, Vergiftung durch Carbolsäure; Heilung. Gaz. des Hôp. 98.

Loew, O., Zur Chemie d. Argyrie. Arch. f. Physiol. XXXIV. 9 u. 10. p. 602.

Mackenzie, John N., Ueber d. gift. Wirkung d. Chrom auf Nase, Hals u. Ohr. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx X. 4. p. 237. Sept.

Madsen, E., Ueber d. Vergiftungsfälle in Dänemark im J. 1877. Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 10. 11.

Millot-Carpentier, Gabriele, Hydrophobie ähnl. Erscheinungen u. intermittirende Purpura nach d. Bisse einer Maus. Ann. univers. Vol. 269. p. 42. Luglio.

Notta, Maurice, Ueber Nachweis von Morphium im Harne b. Morphiumsucht. L'Union 128.

Pott, Richard, Massenvergiftung durch „salpetrigsaure" Dämpfe. Deutsche med. Wchnschr. X. 29. 30.

Reynolds, Walter B., Vergiftung durch Podophyllum peltatum. New York med. Record XXVI. 13; Sept.

Schmitz, A., Vergiftung durch Einathmung rauchender Salpetersäure. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 27.

Schulz, Hugo, Ueber d. Giftigkeit d. Phosphor-Sauerstoffverbindungen u. über d. Chemismus d. Wirkung unorgan. Gifte. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XVIII. 3 u. 4. p. 174.

Seifert, Otto, Kehlkopfmuskellähmung in Folge von Bleivergiftung. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 35. — Fälle von Arsenvergiftung. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 38.

v. Starck, Zur Pathologie d. Phosphorvergiftung. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. 5. p. 481.

Truman, Edgar Beckit, Vergiftungen (Arsenik, Strychnin). Lancet II. 5; July.

Winter, Sublimatintoxikation. Ztschr. f. Gbtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 437.

Woltering, a) Plötzl. Tod nach Injektion von Lugol'scher Lösung in eine Spina bifida. — b) Morphiumvergiftung. — c) Phosphorvergiftung. — d) Carbolsäurevergiftung. Med. Centr.-Ztg. LIII. 65. 67.

Zillner, Eduard, Ueber Vergiftung mit chlors. Kali. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 33. 34.

S. a. I. Setterberg. VIII. 2. a. Dunoyer. IX. Jeannel.

Vgl. a. III. 3. *Physiologische Wirkung einzelner Stoffe.* V. 2. *Antagonismus der Arzneimittel.* XII. 3. *Vergiftete Wunden.*

VIII. Pathologie u. Therapie.

1) *Allgemeines.*

Eichhorst, Herm., Handb. d. speciellen Pathologie u. Therapie. 37—41. Hft. Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. 2. Bd. XVIII S. u. S. 1009—1274. 1 Mk.

Niemeyer's, Fel. v., Lehrb. d. speciellen Pathologie u. Therapie mit besond. Rücksicht auf Physiologie u. patholog. Anatomie. 11. Aufl. 2. Bd. Berlin. Hirschwald. 8. XI u. 1004 S. 20 Mk.

Rank, C., Jahresbericht über d. innerl. Abtheilung d. Katharinenhospitals im J. 1883. Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 33.

Strümpell, Adolf, Lehrbuch d. speciellen Pathologie u. Therapie d. innern Krankheiten. 2. Bd. 2. Theil. Krankheiten d. Nieren u. d. Bewegungsorgane. Constitutionskrankheiten. Vergiftungen. Receptformeln. Leipzig. F. C. W. Vogel. gr. 8. VIII u. 320 S. mit 8 Abbildungen. 8 Mk.

Verhandlungen d. Congresses f. innere Medicin. Dritter Congress, gehalten zu Berlin vom 21. bis 24. April 1884. Im Auftrage d. Congresses herausgeg. von Prof. Dr. *E. Leyden* u. Dr. *Emil Pfeiffer*. Wiesbaden. J. F. Bergmann. gr. 8. XX u. 387 S. mit 7 Tafeln. 8 Mk. — Inhalt. *Jürgensen; A. Fränkel:* über genuine Pneumonie. — *Rosenthal:* über Reflexe. — *Pfeiffer:* Vaccina u. Variola. — *Leyden; Schultze:* über Poliomyelitis u. Neuritis. — *Löffler:* Mikroorganismen b. Diphtherie. — *Weber:* Schulhygieine in England. — *Stahl:* Mikroorganismen in menschl. Darmentleerungen. — *Finkler:* über Papain. — *Rossbach:* über Naphthalin. — *Leube; Ewald:* über nervöse Dyspepsie. — *Goltz, Günther:* über Lokalisation der Funktionen im Grosshirn. — *Rossbach:* Bericht über Infektionskrankheiten. — *Riegel:* Coffeïnsalze bei Herzkrankheiten. — *Unna:* über Dünndarmpillen. — *Schreiber:* über das Kniephänomen. — *Kühne:* über Kefir. — *Schumacher:* paroxysmale Hämoglobinurie u. Syphilis. — *Edlefsen:* Wirkung des chlors. Kali auf d. Blut. — *Zuelzer:* Bestimmungen d. Eigengewichts d. menschl. Körpers.

Vgl. a. I. *Pathologisch-chemische Untersuchungen.* XIX. 2. *Allgemeine Untersuchungsmethoden; 4. Hospitalberichte.*

2) *Krankheiten des Nervensystems.*

a) Allgemeines und Krankheiten der Nervencentren (Hysterie, Hypnotismus, animal. Magnetismus, Somnambulismus, Transfert).

Adamkiewicz, Albert, Ueber Gehirndruck u. Gehirncompression. [Wien. Klin. VIII u. IX.] Wien. Urban u. Schwarzenberg. gr. 8. S. 201—252.

Althaus, Julius, Ueber d. diagnost. Bedeutung d. *Westphal*'schen Symptoms b. Rückenmarkskrankheiten. Lancet II. 2; July.

Baginsky, A., Hirntuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. XXI. 28. p. 442.

Bastelberger, Die *Playfair*'sche Kur. Aerztl. Mittheil. aus Baden XXXVIII. 16. 17.

Beaunis, Fall von Hypnotismus. Gaz. de Par. 31.

Berger, O., Zur Symptomatologie d. Tabes dorsalis. Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 13. p. 159.

Berner, H., Fälle von multipler Cerebrospinalsklerose. Norsk Mag. 3. R. XIV. 8. S. 545.

Besnier, J., Ueber Hirnzufälle u. sporad. perniciöse Anfälle. L'Union 123. 124. 125.

Binder, Osc., Ueber d. Bedeutung d. Sehnenreflexe f. d. Diagnose d. Erkrankungen d. Centralnervensystems. Inaug.-Diss. Tübingen. Fues. 8. 22 S. 60 Pf.

Burkart, R., Zur Behandl. schwerer Formen von Hysterie u. Neurasthenie. [*Volkmann's* Samml. Nr. 245; Gynäkol. Nr. 68.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. gr. 8. 48 S. 75 Pf.

Charcot, Ueber Augenstörungen b. disseminirter Sklerose. Progrès méd. XII. 32.

Chiari, H., Ueber einen Fall von Luftansammlung in d. Ventrikeln d. menschl. Gehirns. Ztschr. f. Heilk. V. 4 u. 5. p. 383.

Darier, J., Geschwulst d. Hirnhäute; Hemiplegie; intermittirende Aphasie. Progrès méd. XII. 33. p. 666.

Du Castel, Meningitis tuberculosa am Lobulus paracentralis. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 27.

Dunoyer, Transitor. toxische Aphasie. Gaz. de Par. 39.

Dutoit, Ueber sekundäre Degeneration d. Rückenmarks. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 14. p. 352.

Duyn, John van, Akute Poliomyelitis b. einem Erwachsenen. Arch. of Med. XII. 1. p. 64. Aug.

Eckert, Lorenz, Ueber d. Ménière'sche Krankheit. Basel. Schwabe. 8. IV u. 103 S. 2 Mk. 40 Pf.

Eisenlohr, Ueber bulbäre Complikationen der Tabes. Deutsche med. Wchnschr. X. 34. p. 554.

Erb, W., Hämorrhagie in d. Corpus callosum. Virchow's Arch. XCVII. 2. p. 329.

Fasce, Luigi, Melanotisches papillares Epitheliom d. Arachnoidea. Virchow's Arch. XCVII. 1. p. 172.

Fenger, Christian, Ueber Eröffnung u. Drainage von Abscesshöhlen im Gehirn. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 17. July.

Féré, Ch., u. A. Binet, Ueber Transfert bei Hypnotischen. Progrès méd. XII. 28. — Gaz. des Hôp. 84. p. 668.

Fitzmaurice, N. F. H., Cerebritis; Tod. Brit. med. Journ. Aug. 30. p. 417.

Free, Spencer M., Hysterie b. Manne. New York med. Record XXVI. 13; Sept.

Frew, Wm., Epidem. Cerebrospinalmeningitis. Glasgow med. Journ. XXII. 1. p. 21. July.

Gallard, Hysterie b. Manne; Contrakturen; Hypnotisation. Gaz. des Hôp. 92.

Grocco, Pietro, Fälle von Nervenkrankheiten. Ann. univers. Vol. 269. p. 238. Sett.

Guarnieri, Gius., Histolog. Bemerkungen über Meningitis tuberculosa. Arch. per le Sc. med. VII. p. 59.

Hardy, Fall von Hirngeschwulst. Gaz. des Hôp. 113.

Harkin, Alexander, Ueber d. Rückenmark in d. Gegend d. 4. u. 5. Dorsalwirbels im gesunden u. kranken Zustande. Lancet II. 2; July.

Holden, Lonsdale, Sporadische Cerebrospinalmeningitis. Austral. med. Journ. N. S. VI. 7. p. 289. July.

Horsley, Victor, Ueber Substitution als Mittel zur Wiederherstellung d. Nervenfunktion mit Rücksicht auf Lokalisation im Gehirn. Lancet II. 1; July.

Horsley, Victor, Consensuelle Mitbewegungen als Hülfsmittel zur Diagnose von Erkrankung d. Hirnrinde. Med. Times and Gaz. Aug. 16.

Jalan de la Croix, Nicolai, Ausgebreitete Porencephalie an d. medialen Fläche d. rechten Grosshirnhemisphäre. Virchow's Arch. XCVII. 2. p. 307.

Jendritza, Tod im apoplekt. Anfall; Spinalapoplexie. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 171.

Immermann, Hysterie mit period. eintretenden Zwangsbewegungen. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 13. p. 329.

Kahler, O., Ueber die Unheilbarkeit gewisser Rückenmarkskrankheiten. Prag. med. Wchnschr. IX. 31. 33. 34.

Kernig, Ueber ein wenig bekanntes Symptom der Meningitis. Wratsch 26—27. Neurol. Centr.-Bl. III. 17. p. 391.

Köbner, Hugo, Zur Casuistik d. Hysterie im Kindesalter. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. 5. p. 524.

Lachi, Pilade, Ueber eine Varietät des 4. Hirnventrikels. Sperimentale Sett. 1883. — Arch. per le Sc. med. VII. p. 407.

Mabille, Pachymeningitis, allgem. Paralyse simulirend. Ann. méd.-psychol. 6. S. XII. 1. p. 51. Juillet.

Marfan, G., Bluterguss unter der Hirnhaut in der Gegend d. 2. rechten Frontalwindung; linkseit. Hemiplegie u. partielle Epilepsie. Progrès méd. XII. 33. p. 664.

Mayer, Max, Zur Casuistik d. multiplen Sklerose. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 31 S. 1 Mk.

Möser, H., Zur Diagnostik d. Lage u. Beschaffenheit von Krankheitsherden d. Medulla oblongata. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. 5. p. 418.

Mossdorf, Ueber Sehnenreflexe. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 64.

Moussous, A., Allgemeines Atherom d. Hirnarterien; Pyelonephritis calculosa. Progrès méd. XII. 35. p. 70.

Oliver, James, Ueber „cerebrospinal white line“, eine d. „Tache cérébrale“ *Trousseau's* ähnliche, aber durch Krampf d. Capillaren bedingte Erscheinung auf d. Haut. Lancet II. 13; Sept.

Oppenheim, Hermann, Die Beziehungen der Hemikranie zur Tabes dorsalis. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 38.

Ord, William M., Ueber einige Ernährungsstörungen von Affektionen d. Nervensystems abhängig. New York med. Record XXVI. 8. 9; Aug.

Ranney, Ambrose L., Poliomyelitis anterior acuta b. einem Erwachsenen. Arch. of Med. XII. 1. p. 67. Aug.

Reclus, Paul, Ueber Nervennaht u. Nervenregeneration. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 27.

Rendu, Meningitis spinalis. Gaz. des Hôp. 98.

Rey, Philippe, Ueber intellektuelle Störungen b. Rückenmarkskrankheiten, besonders b. Bewegungsataxie. Ann. méd.-psychol. 6. S. XII. p. 211. Sept.

Riehl, Gustav, Hyperidrosis unilateralis; Beitrag zur Kenntniss d. Sympathicus-Erkrankungen. Wien. med. Presse XXV. 34. 35.

Runeberg, Cysticercus cellulosae im Gehirn. Finska läkaresällsk. handl. XXVI. 3. S. 193.

Schmid, Heinrich, Plötzlicher Tod b. Gehirngeschwulst. Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 25.

Schreiber, Julius, Experim. Untersuchungen über d. Kniephänomen. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. 3 u. 4. p. 254. — Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XVIII. 3 u. 4. p. 270. — Vgl. a. VIII. 1. *Verhandlungen.*

Schulz, Richard, Krankheiten d. Nervensystems. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. 5. p. 466.

Seguin, E. C., Sklerose d. Hinterstränge mit Bezug auf d. syphilit. Ursprung. Arch. of Med. XII. 1. p. 71. Aug.

Séjournet, Heilung von Meningitis tuberculosa b. Erwachsenen. Bull. et mém. de la Soc. de Thér. XV. 18. p. 118. Sept. 30.

Shaw, James, Bluterguss im Kleinhirn. Journ. of mental Sc. XXX. p. 253. July.

Starr, Allen, Ueber Affektionen d. Gehirnrinde. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 114. July.

Strahan, S. A. K., Geschwulst d. Kleinhirns. Brit. med. Journ. Sept. 6.

Talma, S., Ueber d. Zittern. Nederl. Weekbl. 28. 29. (Jahrbb. CCIII. p. 243.)

Tamburini u. Marchi, Ueber d. Lokalisation d. Hirnfunktionen mit Bezug auf Hirngliome. Arch. per le Sc. med. VII. p. 413.

Thomas, W. R., Ueber Lokalisation von Hirnblutungen. Lancet II. 10; Sept.

Totherick, Pachymeningitis. Lancet II. 3; July p. 106.

Unruh, Ueber d. Aetiologie d. Tuberkulose d. Gehirns u. seiner Häute. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 3.

Viret, Sarkom d. Dura-mater auf d. rechten Seite; einseit. Hallucinationen auf d. rechten Seite. Ann. méd.-psychol. 6. S. XII. p. 229. Sept.

Voisin, Auguste, Ueber Anwend. d. Hypnotismus zur Behandl. b. Geistesstörung u. Neurosen. C. r. des acad. et soc. méd. I. 38.

Vost, Wm., Tuberkulöse Geschwulst d. Kleinhirns. Glasgow med. Journ. XXII. 1. p. 18. July.

Webber, S. G., Multiple Neuritis. Arch. of Med. XII. 1. p. 33. Aug.

West, Samuel, Embolie d. rechten Art. cerebr. media; linkseit. Hemiplegie mit linkseit. Hemianästhesie; Blindheit d. linken Auges; Convulsionen auf d. rechten Seite. Med. Times and Gaz. Aug. 23. p. 251.

S. a. V. 3. Trautwein. VI. Müller. VII. Alberti. VIII. 1. *Verhandlungen;* 2. b. Mitchell; 2. c. Bernheim, Charcot, Ciniselli, Jonquière; 3. a. Laschkewitsch, Thiry; 3. c. Berthod, Dauchez; 3. d. Russell; 4. Teissier; 6. Dauchez, Parmentier; 9. a. Rosenbach; 10. Forster. IX. Bircher, Walton. X. Neve. XI. Langgaard, Peckham. XIII. Gnauck, Grossmann. XIV. 1. Blake. XVII. 1. Pohl. XIX. 2. Coates, Longuet, Ord, Raymond, Rosenbach.

Vgl. a. *Hirnaffektionen bei Syphilis* VIII. 10; *bei Verletzungen* XII. 3 u. 7; *bei Ohrenkrankheiten* XIV. 1.

b) Lähmungen, Anästhesien.

Charcot, Ueber Paralysen durch Alkohol bedingt. Gaz. des Hôp. 99.

Dehio, Karl, Fälle von doppelseit. Lähmung d. Mm. crico-arytaenoidei postici. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 27. 28.

Guhl, Traumat. Lähmung d. Extensoren d. Finger u. d. Abductor pollicis longus. Schweiz.-Corr.-Bl. XIV. 13. p. 333.

Kidd, Philip H., Ueber *Charcot's* Gelenkkrankheit (b. Bewegungsataxie). Lancet II. 2; July.

Klockner, Joh., Ueber einen Fall von Pseudohypertrophie d. Muskeln. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 40.

Macewen, Trepanation d. Wirbelsäule wegen Paraplegie. Glasgow med. Journ. XXII. 1. p. 55. July.

May, Ferdinand, Eine seltene Ursache peripherer Facialislähmung. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 31.

Middleton, Geo. S., Ueber pseudohypertroph. Muskelparalyse. Glasgow med. Journ. XXII. 2. p. 81. Aug.

Mitchell, S. Weir, Einseit. Anschwellung des Körpers b. hyster. Hemiplegie. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 94. July.

Möbius, Paul Julius, Ueber period. wiederkehrende Oculomotoriuslähmung. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 38.

Nixon, C. J., Ueber Reflexparalyse. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 79. 207. [3. S. Nr. 151. 153.] July, Sept.

Pitres, A., Krisen a) mit Muskelstarre, b) der Klitoris b. fortschreitender Bewegungsataxie. Progrès méd. XII. 28. 37.

Raymond, Cerebrale Hemianästhesie mit abnormen Bewegungen d. hemipleg. Glieder. Gaz. de Par. 30.

Remak, Ernst, Ueber d. Betheiligung d. Gesichtsmuskulatur b. d. juvenilen Form d. progressiven Muskelatrophie. Neurol. Centr.-Bl. III. 15.

Robertson, Fälle von pseudohypertroph. Muskelparalyse. Glasgow med. Journ. XXII. 2. p. 99. Aug.

Roth, Bernard, Ueber chirurg. u. orthopäd. Behandl. d. Kinderlähmung. Brit. med. Journ. Sept. 6.

Rummo, G., Ueber Paralysis agitans. L'Union 106.

Stocquart, Facialisparalyse in Folge von Compression d. Nerven an seiner Austrittstelle aus d. Schädel. Journ. de Brux. LXXIX. p. 275. Sept.

Suckling, C. W., Paralysis pseudohypertroph. b. einem Erwachsenen. Brit. med. Journ. July 5. p. 21.

Tillaux, Sekundäre Naht d. N. medianus mit rascher Wiederherstellung d. Bewegung in d. gelähmten Theilen. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 27. p. 452.

White, W. Hale, Ueber *Charcot's* Gelenkkrankheit (b. Bewegungsataxie). Lancet II. 2; July.

S. a. VII. Alberti, Seifert. VIII. 2. a. Mabille, Marfan, West; 11. Girard. XVI. *Paralyse der Irren.*

c) Krampfkrankheiten.

Arbo u. I. C. Holst, Fall von Tetanus rheumaticus. Tidsskr. f. prakt. Med. IV. 14.

Bernheim, Choreat. Störungen b. Schreiben, geheilt durch hypnot. Einwirkung. C. r. des acad. et soc. méd. I. 38.

Biddle, J. C., Ueber d. pathogenet. Bedeutung d. Schrecks f. Chorea. Philad. med. and surg. Reporter LI. 9. p. 225. Aug.

Bramwell, James P., Fall von epileptiformem Tic, geheilt durch Nitroglycerin. Brit. med. Journ. Sept. 27. p. 609.

Charcot, Hysterische Anfälle, epileptische simulirend. Progrès méd. XII. 38. — Fall von Hysteroepilepsie. Gaz. des Hôp. 104.

Ciniselli, G., u. D. Stefanini, Hemiepilepsia paretica dextra u. Aphasie nach Verletzung der Hirnrinde. Arch. per le Sc. med. VII. p. 17.

Danillo, Liegt d. Ursache d. epilept. Anfälle in d. Veränderungen d. hintern Theile d. Gehirnrinde? Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 38. p. 391.

Eulenburg, A., Fall von Hypertonia musculorum pseudohypertrophica. Neurol. Centr.-Bl. III. 17.

Ferrand, Respirator. Chorea mit Apnöe. C. r. des acad. et soc. méd. I. 39.

Flinn, Edgar, Akuter traumat. Tetanus. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 173. [3. S. Nr. 152.] Aug.

Fränkel, B., Facialiskrampf, geheilt durch galvanokaust. Behandl. d. Nasenschleimhaut. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 28. p. 442.

Glover, J. P., Akuter traumat. Tetanus; Tod. Lancet II. 12; Sept. p. 492.

Harris, R. B., Veratrum viride u. Gelsemium gegen Tetanus. New York med. Record XXVI. 2; July.

Jonquière, Georg, Zur Kenntniss des phon. Stimmritzenkrampfes bei Hysterischen. Mon.-Schr. f. Ohkde. u. s. w. XVIII. 7.

Kraicz, Josef v., Fall von Tetanus traumaticus. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 36.

Macdougall, J. A., Ueber d. Aetiologie d. Tetanus u. d. Bedeutung d. Neurektomie b. d. Behandlung desselben. Lancet II. 3. 4; July.

Mendel, E., Ueber Epilepsie. Deutsche med. Wchnschr. X. 39. 40. Beilage.

Müller, Fälle von Tetanie. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XIII. 9. p. 439.

Pippingsköld, Tetanie b. einem 3 Tage alten Kinde. Finska läkaresällsk. handl. XXVI. 3. S. 206.

Pontoppidan, Knud, Fälle von Thomsen'scher Krankheit (Myotonia congenita). Hosp.-Tid. 3. R. II. 34. (Jahrbb. CCIII. p. 246.)

Räuber, Periodisch wiederkehrende Haarveränderung b. einem Epileptiker. Virchow's Arch. XCVII. 1. p. 50.

Rosenbach, P., Ueber d. Pathogenese d. Epilepsie. Virchow's Arch. XCVII. 3. p. 369.

Schapiro, Heinrich, Ueber einen Fall von einseit. klon. Krampf d. Inspirationsmuskeln. Ztschr. f. klin. Med. VIII. 4. p. 368.

Stickler, J. W., Tetanus traumaticus geheilt durch innere u. lokale Anwendung von Morphium sulphuricum. New York med. Record XXVI. 11; Sept.

Strahan, S. A. K., Hypodermat. Injektion von Amylnitrit wegen Lumbago; danach epileptiforme Convulsionen. Journ. of mental Sc. XXX. p. 252. July.

Sturges, Octavius, Ueber rheumat. Ursprung u. Behandl. d. Chorea. Lancet II. 12; Sept.

Taylor, James, Tetanus behandelt mit Chloralhydrat; Heilung. Lancet II. 7; Aug.

Tuppert, Tetanus traumaticus mit Ausgang in Genesung. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 37.

Weiss, J., Ueber Epilepsie u. deren Behandlung. (Wien. Klinik. Jahrg. 1884.) Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. S. 73—116. je 75 Pf.

Wolff, Jul., Heilung d. Schreibkrampfes u. verwandter Muskelaffektionen: Clavier-, Telegraphier-, Violinkrampf u. s. w. nach eigener, neuer Methode. Frankfurt a. M. Diesterweg. 8. 35 S. mit eingedr. Holzschn. 1 Mk.

S. a. VIII. 2. a. Marfan, West; 2. d. Walsham. X. Arnold, Scheef, Werner, *über Eklampsie.* XVI. Knecht, Lewis.

d) Neuralgien; Neurosen (Basedow'sche Krankheit).

Debove, Ueber Behandl. d. Neuralgia ischiadica mittels künstl. erzeugter Kälte. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 33.

Hay, Matthew, Ueber d. Wirkung d. Nitrite u. d. Nitroglycerin b. Angina pectoris. Deutsche med. Wochenschr. X. 28.

Heuasthma s. VIII. 5. *Beverley, Judkins, Mackenzie, O'Connell.*

Mosler, Spindelzellensarkom des Kreuzbeins als Urs. d. Ischias postica. Deutsche med. Wchnschr. X. 29. p. 460.

Peters, R., Neuralgien, bedingt durch Druck einer vergrösserten Lymphdrüse; Ausgang in akute Miliartuberkulose. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 39.

Walsham, W. J., Ueber Behandl. d. epileptiformen Neuralgie. Practitioner XXXIII. 1. p. 14. July.

S. a. VIII. 2. a. Oppenheim, Riehl; 2. c. Strahan; 5. Brügelmann, Götze, Moritz, Schech; 6. Rossbach; 9. a. Lagout, Stabell; 10. Peyer. IX. Bircher. XIV. 1. Steinbrück. XV. Stoffella. XIX. 2. Baumgarten, Haig.

Vgl. a. VIII. 4. *Ueber Angina pectoris.* VIII. 5. *Ueber Asthma.*

3) *Blutkrankheiten. Constitutions- u. Infektionskrankheiten.*

a) Im Allgemeinen.

Albertoni, Peter, Ueber Acetonämie u. Diabetes. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XVIII. 3 u. 4. p. 218.

Almquist, E., Ueber d. Diphtherie in Schweden. Eira VIII. 16. 17.

Beale, Lionel S., Cystinurie geheilt durch grosse Dosen Ammoniumcarbonat. Lancet II. 9; Aug.

Bérenger-Féraud, Ueber Geschichte u. Geographie des Gelbfiebers. Gaz. des Hôp. 79. 83. 93. 101. 102. 104. 107.

Berger, Ludwig, Ueber d. Mittel zur Bekämpfung d. Scrofulose. Wien. med. Presse XXV. 33.

Betz, Friedrich, Ueber Scorbut. Memorabilien XXIX. 6. p. 321.

Bonome, A., Ueber Acetonämie b. einigen chirurg. Infektionskrankheiten. La Salute 2. S. XVIII. 24.

Bouchard, Ueber d. Fehlen d. Sehnenreflexe b. Diabetes mellitus. C. r. des acad. et soc. méd. I. 38.

Bouloumié, P., Ueber gichtische Deformationen u. ihre Behandlung. L'Union 110. 117.

Brachet, L., Ueber rheumatoide Arthritis u. ihre Behandl. in Aix-les-Bains. Brit. med. Journ. Aug. 30.

Brooks, W. Tyrrell, Hitzschlag; Tod. Lancet II. 13; Sept. p. 542.

Browne, J. M., Ueber Scorbut. Proceed. of the naval med. Soc. II. 1. p. 8.

Cauldwell, C. M., Manaca gegen Rheumatismus. New York med. Record XXVI. 2; July.

Chauveau, Ueber gangränöse Septikämie. Bull. de l'Acad. 2. S. XIII. 34. p. 1129. Août 19.

Clark, Andrew, Ueber Albuminurie. Brit. med. Journ. Aug. 16.

Coüetoux, R., Ueber med. Behandl. d. Angina pseudo-membranacea u. d. Croup. L'Union 96.

Demiéville, Paul, Fälle von Addison'scher Krankheit. Revue méd. de la Suisse Rom. IV. 9. p. 489. Sept.

Discussion on albuminuria, its pathology and clinical significance. (Glasgow pathol. and clin. Soc.; reprinted from the Glasgow med. Journ.) Glasgow. Alex. Macdougall. 8. 164 pp.

Dutil, A., Chron. anomale Gicht (Tophus d. Haut). Gaz. de Par. 33.

Eager, T. Cawley, Diabetes behandelt mit Pilocarpin. Lancet II. 7; Aug.

Emmerich, R., Ueber d. Ursachen d. Diphtherie d. Menschen u. d. Tauben. Deutsche med. Wchnschr. X. 38. — Wien. med. Presse XXV. 38.

Falkenheim, H., Ueber regelmässig intermittirende Albuminurie. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. 5. p. 446.

Finny, J. Magee, Ueber idiopath. Anämie. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 18. [3. S. Nr. 151.] July.

Francis, C. R., Ueber Leberaffektion b. Blutvergiftung. Practitioner XXXIII. 2. p. 119. Aug.

Freund, Hugo, Beitrag zur Pathologie d. Diabetes mellitus. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 37 S. 1 Mk.

Garland, Rheumatismus mit Hyperpyrexie nach akuter Tonsillitis; Anwendung von Eis; temporärer Erfolg; Tod. Lancet II. 10; Sept. p. 409.

Grancher, J., Ueber Scrofulose u. Tuberkulose. L'Union 119.

Granville, J. Mortimer, Ueber Bedeutung d. Gemüthseindrücke f. d. Gicht. Lancet II. 7; Aug.

Grocco, Pietro, Ueber Peptonurie. Ann. univers. Vol. 269. p. 138. Agosto.

Hagenbach, E., Die Behandlung d. Rhachitis. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 13.

Hemming, J. H., Pustula maligna, von einer milzbrandkranken Kuh übertragen. Brit. med. Journ. Sept. 20.

Henrot, Ueber Hämoglobinurie. C. r. des acad. et soc. méd. I. 38.

Hertzka, Emmerich, Die Zuckerharnruhr. Mit einer ausführl. Diätetik f. Zuckerkranke. Karlsbad u. Nizza. Hans Feller. 8. VIII u. 181 S. 3 Mk.

Hutchinson, R. W., Ueber Behandl. d. diphtherit. Croup. Philad. med. and surg. Reporter LI. 3. p. 62. July.

Jaksch, Rudolf v., Ueber Propeptonurie. Ztschr. f. klin. Med. VIII. 3. p. 216.

Johnson, George, Ueber Albuminurie. Brit. med. Journ. Aug. 16.

Jones, Sydney, Fälle von Erkrankung d. Schilddrüse; Abtragung; Heilung. Lancet II. 9; Aug. p. 367.

Juell, H., Fall von Morbus Addisonii. Norsk Mag. 3. R. XIV. 7. S. 449.

Kassowitz, M., Die Symptome d. Rhachitis, auf anatom. Grundlage bearbeitet. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XXII. 1 u. 2. p. 60.

Kisch, Heinr., Ueber Fettleibigkeit. (Sonderabdr. d. deutschen Med.-Ztg. Nr. 25.) Berlin. Grosser. 8. 12 S. 20 Pf.

Külz, E., Oxybuttersäure im diabet. Harne. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XVIII. 3 u. 4. p. 290.

Laache, S., Die Bedeutung d. neueren Untersuchungen d. Blutkörperchen f. d. anäm. u. leukäm. Krankheitsformen. Wien. med. Presse XXV. 35.

Landouzy, Delirium tremens im Verlaufe von akutem Rheumatismus. Gaz. des Hôp. 97.

Laschkewitsch, V., Albuminuria nervosa. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 35.

Le Blond, Ueber Anwendung d. Resorcin b. Behandl. d. Diphtherie. L'Union 97.

Lorey, Carl, Ueber Rhachitis. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XXII. 1 u. 2. p. 52.

Lüer sen., Otto, Die Diphtheritis, ihre Erscheinung, Entstehung, Verbreitung u. Bekämpfung. 2. Aufl. Hirschberg 1883. Kuh. 8. 12 S. 50 Pf.

Lüer sen., Otto, Der Milzbrand. Entstehung u. Bekämpfung desselben. Mit Nachtrag. Hirschberg 1883. Kuh. 8. 15 S. 50 Pf.

Mac Gillivray, P. H., Rheumatismus mit Hyperpyrexie. Austral. med. Journ. N. S. VI. 6. p. 241. June.

Madden, Thomas More, Alkoholismus in d. Kindheit u. Jugend. Brit. med. Journ. Aug. 23.

Maixner, E., Ueber eine neue Form von Peptonurie. Ztschr. f. klin. Med. VIII. 3. p. 234.

Masson, Edgar, Diphtheritis geheilt durch Dämpfe von Terpentin u. Theer. Revue méd. de la Suisse Rom. IV. 7. p. 402. Juillet.

Masy, H., Ueber alkohol. Scorbut. Journ. de Brux. LXXIX. p. 127. Août.

Mathieu, Albert, Ueber Ausbruch von Rheumatismus durch Ermüdung b. rheumat. Disposition. Arch. gén. 7. S. XIV. p. 5. Juillet.

Mayor, A., Diphtherie, behandelt mittels Räucherungen mit Theer u. Terpentin. Revue méd. de la Suisse Rom. IV. 9. p. 530. Sept.

Metschnikoff, Elias, Ueber d. Beziehung d. Phagocyten zu d. Milzbrandbacillen. Virchow's Arch. XCVII. 3. p. 502.

Mierzejewski, J., Beitrag zur Lehre vom Alkoholismus. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 36. p. 375.

Mikulicz, J., Ueber d. Bedeutung d. Bluttransfusion u. Kochsalzinfusion bei akuter Anämie. (Wiener Klinik. Jahrg. 1884.) Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. S. 181—199. je 75 Pf.

Moore, A. M., Gelbfieber auf einem Dampfschiffe. New York med. Record XXVI. 1; July.

Moty, Ueber Behandl. d. Diphtherie. Gaz. des Hôp. 96.

Naegeli, Wilhelm, Ueber Behandl. d. gelben Fiebers mit Kairin. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 36.

O'Dwyer, T. F., Fälle von Hitzschlag mit hoher Temperatur. Lancet II. 4; July.

Passavant, Gustav, Der Luftröhrenschnitt bei diphtherit. Croup. Deutsche Ztschr. f. Chir. XX. 6. p. 493.

Perroncito, Edoardo, Ueber Infektion mit Milzbrand durch d. Verdauungsorgane. Arch. per le Sc. med. VII. p. 311.

Rendu, Ueber Diphtherie. Gaz. des Hôp. 107.

Rigal, Latente Urämie. Gaz. des Hôp. 81.

Rosenbach, Ottomar, Ueber d. Zusammenhang von Melliturie u. Furunkelbildung. Deutsche med. Wochenschr. X. 31.

Rousselot-Beaulieu, Ueber Diabetes. Gaz. des Hôp. 106. 109.

Schapiro, Heinrich, Zur Lehre von d. zuckerlosen Harnruhr. Ztschr. f. klin. Med. VIII. 3. 4. p. 191. 302.

Scheinmann, Julius, Diabetes mellitus u. Syphilis. Deutsche med. Wchnschr. X. 40.

Seegen, J., Die physiolog. Grundlage f. d. Theorie d. Diabetes mellitus. Ztschr. f. klin. Med. VIII. 4. p. 328.

Taenzerles, F., Ueber Behandlung d. Diphtheritis. Wien. med. Presse XXV. 34.

Thiry, Purpura haemorrhagica neuropathica. Presse méd. XXXVI. 35.

Thomas, W. R., Ueber Aetiologie u. Behandl. d. Albuminurie. Brit. med. Journ. Aug. 16.

Verneuil, Spontane Gangrän b. Diabetes, geheilt mittels d. Thermokauters. C. r. des acad. et soc. méd. I. 37.

Williams, J. Alexander, Fälle von Hitzschlag. Lancet II. 4; July.

S. a. V. 2. Klingensmith. VII. Millot. VIII. 1. *Verhandlungen;* 6. Roberts; 7. Mathieu, Thayer; 10. Sinéty, Terrillon. XI. *Festschrift.* XIV. 1. Blau. XVI. Fox. XVIII. Seifert. XIX. 2. Dowdleswell, Pasteur, Schütz, Werner.

Metallintoxikationen s. VII.; *Akute Leberatrophie* s. VIII. 7. X.; *Morbilli, Scarlatina, Erysipelas* s. VIII. 9. a; *Variola* s. VIII. 9. b; *Puerperal-Septikämie* s. X.

b) Krebs.

Griffini, L., u. F. Trombetta, Primitives Chondro-Carcinom d. Gland. submaxillaris. Arch. per le Sc. med. VII. p. 71.

Hampeln, P., Zur Symptomatologie occulter visceraler Carcinome. Ztschr. f. klin. Med. VIII. 3. p. 221.

Robert, Albert, Ueber d. Beziehungen d. Harnstoffs zum Krebs. Gaz. de Par. 33.

S. a. VIII. 2. d. Mosler.

Ueber Krebs in einzelnen Organen s. VIII. 2. a; 4; 5; 6; 7; 8; 9. — *Krebs der weiblichen Genitalien* s. IX. X. — *Krebsgeschwülste vom chirurg. Standpunkte* s. XII. 2; 4; 6; 8; 9. — *Krebs des Sehorgans* s. XIII. — *Ueber bösartige Geschwülste im Allgemeinen* s. XIX. 2.

c) Tuberkulose.

Ashby, Henry, Allgemeine Miliartuberkulose; Tuberkulose d. Chorioidea. Med. Times and Gaz. July 19. p. 80.

Berthod, Paul, Ueber Meningitis tuberculosa nach Operationen an Tuberkulösen. Gaz. de Par. 27.

Celli, Angelo, u. Gius. Guarnieri, Zur Prophylaxe der Tuberkulose. Arch. per le Sc. med. VII. p. 233.

Chauffard, A., u. A. Gombault, Experimentaluntersuchungen über d. tuberkulöse Virulenz gewisser Pleura- u. Peritonäal-Ergüsse. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 35. — C. r. des acad. et soc. méd. I. 3.

Dauchez, H., Hirnblutung im Verlaufe d. Keuchhustens bei einem tuberkulösen Kinde. Progrès méd. XII. 27. p. 548.

Gibson, G. A., Ueber d. frühen Stadien d. Tuberkulose. Edinb. med. Journ. XXX. p. 208. [Nr. 351.] Sept.

Heron, G. A., Ueber Behandlung d. Lungentuberkulose. Lancet II. 10; Sept.

Irsai, Arthur, Zur Diagnose d. Tuberkulose d. Harnapparates auf Grund d. Tuberkelbacillen im Harne. Wien. med. Presse XXV. 36. 37.

Kaatzer, Peter, Die Technik d. Sputumuntersuchung auf Tuberkelbacillen (Bacillus tuberculoseus Kochii). 2. Auflage. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 8. 15 S.

Krannhals, Tuberkulose als Infektionskrankheit. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 27. 28. 29. 30.

Lebreton, Latentbleiben einer beträchtl. tuberkulösen Caverne. Progrès méd. XII. 31. p. 624.

Löffler, Adolf, Ueber die Schutzmaassregeln gegenüber d. Tuberkulose. Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Nieder-Oesterr. X. 15. 16.

Malassez, L., u. W. Vignal, Ueber d. Mikroorganismus d. Zoogloea-Tuberkulose. Arch. de Physiol. 3. S. IV. 6. p. 81. Août.

Mazzotti, Luigi, Un caso di tisi primitiva dell' intestino e secondaria dei polmoni in un adulto. Bologna. (Sep.-Abdr. aus Bull. delle Sc. med. di Bol. Vol. XIII. Ser. VI.)

Meisels, Wilh., Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen im Blute bei d. allgem. akuten Miliartuberkulose. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Mendelsohn, Tuberkelbacillen im Harne. Deutsche med. Wchnschr. X. 28. p. 443.

Michael, Ivan, Ueber einige Eigenthümlichkeiten d. Lungentuberkulose im Kindesalter. Jahrb. f. Khkde. N. F. XXII. 1 u. 2. p. 30.

Proebsting, Zur Casuistik d. akuten Miliartuberkulose. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 37.

Quinlan, F. J. B., Ueber Behandlung d. Lungentuberkulose mit d. Mulleinpflanze. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 193. [3. S. Nr. 153.] Sept.

Sormani, Giuseppe, Ueber Tuberkelbacillen. Ann. univers. Vol. 269. p. 157. Agosto.

Tuberkulose, zur Aetiologie. Aerztl. Mittheil. aus Baden XXXVIII. 12. 17.

Tuberkulose, Diskussion über dieselbe. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 5. 11. — Hygiea XLVI. 7. 8. 9. Svenska läkaresällsk. förh. S. 89. 103. 118. 137. 153.

Vallin, E., Ueber Contagion u. Prophylaxe der Tuberkulose. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 29. 30.

S. a. VIII. 2. d. Peters; 3. a. Grancher; 4. Coupland; 5. Gouguenheim, Lermoyez; 6. Beck, Roberts; 7. Mathieu; 10. Baumgarten. XIV. 1. Nathan, Voltolini. XVII. 2. Cammerer. XVIII. Imlach.

Tuberkulöse Meningitis s. VIII. 2. a; *Lungen- u. Kehlkopf-Phthise* s. VIII. 5; *Knochen-Gelenkaffektionen bei Tuberkulösen* s. XII. 8; *Tuberkulose bei Thieren* s. XVIII.

d) Typhus. Febris recurrens.

Barth, Ulceration u. Perforation d. solitären Follikel im Dickdarm bei Abdominaltyphus. Progrès méd. XII. 35. p. 703.

Dalché, P., Circumscripte Peritonitis in Folge von Typhus abdominalis. Gaz. de Par. 34.

Detweiler, B. H., Ueber Typhus abdominalis. Philad. med. and surg. Reporter LI. 8. p. 197. Aug.

Dinaud, E., Ueber Wirkung d. Ferrum sesquichloratum bei Abdominaltyphus. Gaz. des Hôp. 80.

Fiedler, Ueber d. Verhalten d. Typhus abdominalis in Dresden. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 166. Vgl. a. p. 44.

Gore, Albert A., Fall von Typhus abdominalis in Indien. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 178. [3. S. Nr. 152.] Aug.

Hendley, Harold, Typhus abdominalis mit hoher Temperatur; Anwendung von Eis; Heilung. Lancet II. 10; Sept.

Horwitz, Lloyd Norris, Epidemie von Typhus im Philadelphia Hospital. New York med. Record XXVI. 13; Sept.

Hüeber, Die Typhusepidemie in d. Deutschhauscaserne zu Ulm 1881/82, nebst einer Uebersicht über d. dermaligen Stand d. Typhusfrage. Würzburg. Becker's Univ.-Buchdr. 8. V u. 127 S.

Huff, Albert, Ueber Febris recurrens. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 30. p. 323.

Potain, Fälle von Abdominaltyphus. Gaz. des Hôp. 102.

Réal, L., Ueber Behandl. d. Typhus abdominalis. L'Union 138.

Russell, Typhus, complicirt mit purulenter Meningitis u. Perforation der Gallenblase. Brit. med. Journ. July 12. p. 67.

Schleicher, Charles, Ueber Behandlung d. Abdominaltyphus. Austral. med. Journ. N. S. VI. 7. p. 291. July.

Trier, F., Ueber den Abdominaltyphus in Kopenhagen. Hosp.-Tid. 3. R. II. 40.

S. a. VIII. 5. Wagner.

e) Malariakrankheiten. Wechselfieber.

Donkin, H. B., Fälle von Wechselfieber in London. Med. Times and Gaz. July 5.

Drummond, Edward, Ueber d. prophylaktische Wirkung des Arsenik bei Malaria. Brit. med. Journ. Aug. 30.

Fényközy, Alois, Seltener Fall von Febris remittens. Wien. med. Presse XXV. 31.

Landsberg, M., Ueber Sehstörungen bei Intermittens. Arch. f. Ahkde. XIV. 1. p. 87.

Maillot, F. C., Ueber Fieber in Algerien. Gaz. des Hôp. 113.

Tacchini, Pietro, Ueber Malariafieber u. Witterungsverhältnisse in der Provinz Rom. Ann. univers. Vol. 269. p. 201. Sett.

Tommasi-Crudeli, Ueber d. Entstehung d. Malaria u. d. Mittel, Malariagegenden gesünder zu machen. Brit. med. Journ. Aug. 30. — New York med. Record XXVI. 8; Aug. — Med. Times and Gaz. Sept. 6.

S. a. VIII. 7. Véron; 8. Atkinson. XI. Cohn. XIX. 2. Pedlow; 4. Kotelmann.

f) Cholera.

Barthélemy, Statistik der Choleratodesfälle in Toulon. Gaz. des Hôp. 89.

Beaudon, Salicylsäure als Prophylaktikum gegen Cholera. Bull. de Thér. CVII. p. 176. Août 30.

Besnier, Ueber Cholera. Gaz. des Hôp. 82. p. 653.

Blasius, E. H., Die Cholera, ihr Wesen, ihre Entstehung u. Verbreitung, sowie praktische Winke zu ihrer Verhütung. 1. u. 2. Auflage. Berlin. F. Luckhardt. 8. 25 S. 50 Pf.

Bonamy, Ueb. Quecksilbereinreibungen b. Cholera. Bull. de Thér. CVII. p. 232. Sept. 15.

Bristowe, J. S.; H. D. Fowler; Alfred Drysdale, Ueber Cholera. Lancet II. 5; July p. 213. 214.

Brouardel, Ueber d. Choleraepidemie zu Toulon u. Marseille. Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 2. p. 134. Août.

Cameron, Charles, Ueber d. Mikroorganismus d. Cholera. Brit. med. Journ. Aug. 2.

Cantani, Arnaldo, Zur Behandlung d. Choleraanfalls. Aus d. Ital. von San.-R. Dr. *Fränkel.* Leipzig. Denicke. 8. 15 S. 40 Pf. — Vgl. La Salute. 2. S. XVIII. 31. 32.

Carter, H. Vandyke, Ueber einige Organismen in d. Darmentleerungen bei indischer Cholera. Lancet II. 10; Sept.

Charcot, Mittheilungen über Cholera. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 32. p. 530.

Cholera in *Frankreich.* Revue d'Hyg. VI. 7. 8. 9. p. 639. 729. 807. Juillet—Sept. — Gaz. des Hôp. 83. 87. 97. — L'Union 94 flg. — in *Italien.* La Salute 2. S. XVIII. 32. 33. — Riv. clin. XXIII. 9. p. 827. Sett.

Cholera, Diskussionen (in der Acad. de méd. zu Paris). Bull. de l'Acad. 2. S. XIII. 27—38. Août 5— Sept. 16. 30. — (in d. Soc. de méd. publique zu Paris). Revue d'Hyg. VI. 8. p. 707. Août. — Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 2. p. 186. Août. — Berl. klin. Wchnschr. XXI. 31. 32. 32 a. — Deutsche med. Wchnschr. X. 32. 33. — Med. Centr.-Ztg. LIII. 63. 65. 66. — Zur Theorie derselben. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 31. 32. — Prophylaxe. Ugeskr. f. Läger. 4. R. X. 4.

Choleralärm in Europa 1884. Ein Wort an Jedermann aus Wissenschaft u. Erfahrung. Historisch-hygiein. Studie über d. Cholera, ihre Verhütung u. Heilung. Unter krit. Würdigung d. neuesten Untersuchungen von *Koch, v. Pettenkofer, Wigand* u. A. Hannover. Schmorl u. Seefeld. 8. VIII u. 168 S. 1 Mk. 20 Pf.

Cunéo, Ueber Behandlung d. Cholera in d. Marinehospitälern zu Toulon. Bull. de Thér. CVII. p. 56. Juillet 30. — Gaz. hebd. 2. S. XXI. 39.

Dallmer, Die Choleraepidemie. Dissertation unter bes. Verwerthung der von Geh. Reg.-R. Dr. *Koch* gemachten Erfahrungen am Stammorte dieser Krankheit u.

spec. Benutzung der von Geh.-R. Prof. Dr. *v. Pettenkofer* veröffentlichten Elaborate über d. gleiche Thema. München, Kempten. Wenger. 8. 26 S. 1 Mk.

Desprez, Ueber rationelle Behandl. d. akuten Stadium bei d. asiat. Cholera. L'Union 114. 116. 118.

Destrée, E., Ueber d. Choleragefahr in Brüssel. Presse méd. XXXVI. 32.

Dolan, T. M., Ueber die Cholerapilz. Lancet II. 13; Sept. p. 568.

Dornblüth, Fr., Zur Behandl. d. Cholera. Deutsche med. Wchnschr. X. 29.

Drasche, Ueber d. gegenwärt. Stand u. Gang d. Cholera. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 39.

Du Claux, V., Ueber Cholera. Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 3. p. 209. Sept.

Eichhorst, Pathologie u. Therapie der Cholera. Wien. med. Presse XXV. 29. 30. 31. 32. 33.

Fiertz, Ueber Cholera. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 15. p. 385.

Finkler, Ueber den Bacillus der Cholera nostras. Deutsche med. Wchnschr. X. 36. 39. — Wien. med. Presse XXV. 39.

Fol, H., Ueber d. praktische Tragweite d. *Koch'*schen Untersuchungen über Cholera. Revue méd. de la Suisse Rom. IV. 8. p. 469. Août.

Fränkel, Hypodermoklysis bei Behandlung d. Cholera. Wien. med. Presse XXV. 39.

Grancher, J., Ueber d. Contagion d. Cholera. Revue d'Hyg. VI. 8. p. 664. Août. — Gaz. de Par. 39.

Grandhomme, Die Cholera, im Anschluss an eigene Beobachtungen auf Grund der neuesten Forschungen beschrieben. Wiesbaden. Moritz u. Münzel. 8. 36 S. 50 Pf.

Grassi, B., e G. Ferrario, Per difendersi dal colera. Istruzioni popolari. Milano. Fratelli Treves. 16. 70 pp. 40 Pf.

Guericke, Otto, Die Choleraepidemie im Landkrankenhause zu Strausberg im August 1873. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 39.

Guérin, Jules, Ueber d. Cholera im J. 1884 in Toulon u. Marseille. Gaz. des Hôp. 85. 86.

Hamilton, Alexander, Ueber epidem. Cholera. Med. Times and Gaz. Sept. 6.

Harkin, Alexander, Ueber Cholera. Lancet II. 7; Aug.

Hartz, Vortrag über Cholera u. die Schutzmaassregeln gegen dieselbe, gehalten in London. London. 8. 30 S. 30 Pf.

Hassall, Arthur Hill; William Squire; James W. Allan, Ueber Cholera. Lancet II. 4; July p. 167. 168.

Hommel, Adolf, Die Cholera-Immunität der Thiere. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 16.

Hueppe, Ferdinand, Cholerabacillen u. Cholera nostras. Deutsche med. Wchnschr. X. 40.

Illingworth, C. R., Ausbruch von Choleradiarrhöe in Clayton-le-Moors. Lancet II. 8; Aug. p. 344.

K., Schutz vor der Cholera, ihre Geschichte, ihr Wesen, ihre Erkennung u. die Maassregeln zu ihrer Bekämpfung. Chemnitz. C. A. Hager. 8. 24 S. 25 Pf.

Kayser, R., Zur Geschichte d. Cholera, speciell der Choleraepidemien in Breslau. Breslau. Preuss u. Jünger. 8. 22 S. 50 Pf.

Klodriomowski, Andreas v., Ueber Cholera. Wien. med. Presse XXV. 29.

Koch, Robert, Ueber Cholera u. ihren Bacillus. Brit. med. Journ. Aug. 30; Sept. 6.

Kraus, M., Die Cholera. Abwehr u. Schutz gegen dieselbe. Erste Hülfe. Wien. Stern. 8. 15 S. 40 Pf.

Küchenmeister, Frdr., Ueber d. Verhütung u. erste Behandlung bei der ansteckenden Cholera. Berlin. Burmester u. Stempell. 8. 30 S. 50 Pf. — Vgl. a. Med. Centr.-Ztg. LIII. 59. 60. 79. 80.

Lereboullet, L., Ueber Cholera, deren Prophylaxe u. Behandlung. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 30. 31. 36. 37. 39.

Le Roy de Méricourt, Ueber Cholera. Bull. de l'Acad. 2. S. XIII. 38. p. 1277. Sept. 16.

Lewis, Timothy Richards, Ueber d. sogen. Cholerabacillen. Lancet II. 12; Sept. p. 513. — Med. Times and Gaz. Sept. 20.

Lippert, Henry, Zur Choleratherapie. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 39.

Lucas, John C.; W. Wakefield, Ueber Cholera. Lancet II. 6; Aug. p. 256. 257.

Luton, A., Ueber Behandl. d. Cholera mittels subcutaner Injektion neutraler Salze. Bull. de Thér. CVII. p. 124. Août 15.

M'Farland, F. E., Ueber Behandl. d. asiat. Cholera. Dubl. Journ. LXXVIII. [3. S. Nr. 152.] Aug.

Mann, L., Die Entstehungen der Epidemien, bes. der Pest u. Cholera. Berlin 1883. F. Luckhardt. 8. 20 S. 80 Pf.

Marston, J. A., Ueber die Ursache der Cholera. Lancet II. 12. 13; Sept. p. 519. 567.

Martin, Johnson, Ueber Aetiologie u. Behandl. d. Cholera. Lancet II. 8; Aug. p. 345.

Moore, W. T., Ueber Cholera. Lancet II. 6; Aug.

Murray, John, Ueber Behandl. d. epidem. Cholera in Indien. Med. Times and Gaz. Aug. 23.

Namias, G., e C. Tommasi-Crudeli, Cosa si può fare in tempo di còlera? Milano. Fratelli Treves. 8. VI e 146 pp. 80 Pf.

Netter, A., Ueber Experimentaluntersuchungen über Cholera. Gaz. de Par. 33.

Neubauer, Ueber Cholera auf Schiffen. Deutsche med. Wchnschr. X. 40.

Nicolas-Duranty, Ueb. intravenöse Injektionen bei Behandl. d. Cholera. Bull. de Thér. CVII. p. 247. Sept. 30.

Onimus, Ozon u. Cholera. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 34. 35.

Paul, C., Ueber Behandlung d. Cholera. Bull. et mém. de la Soc. de Thér. XV. 15. p. 95. Août 15.

Pávay-Vajna, Gabr., Die Cholera mit bes. Rücksicht auf d. Vorsichtsmaassregeln, die Desinfektion u. Pressburgs allgem. Gesundheitsverhältnisse. Pressburg. Stampfel. 8. 65 S. 1 Mk. 20 Pf.

Proust, A., Ueber d. Cholera in Toulon. Revue d'Hyg. VI. 7. p. 545. 618. Juillet.

Proust, A., Ueber d. Choleraepidemie in Frankreich. Gaz. des Hôp. 113.

Puech, Ueber d. Incubationsdauer d. Cholera. Gaz. des Hôp. 83.

Renzy, A. C. C. de, Ueber Verhütung d. Cholera. Lancet II. 6; Aug.

Rochard, Ueber d. Choleraepidemie zu Toulon u. Marseille. Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 2. p. 149. Août.

Rosenzweig, Zur Cholerabehandlung. Deutsche med. Wchnschr. X. 35.

Samuel, S., Die subcutane Infusion als Behandlungsmethode d. Cholera. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 28.

Schleis v. Löwenfeld, Ueber Cholera. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 32.

Scutter, H. Martyn, Ueber Behandl. d. Cholera in Indien. New York med. Record XXVI. 10; Sept.

Seaman, W. C.; John Roche, Ueber Aetiologie u. Behandl. d. Cholera. Lancet II. 3; July p. 126. 127.

Sollen Pest, Cholera oder andere epidem. Krankheitserscheinungen uns Furcht u. Schrecken einflössen oder nicht? Oder: Die Cholera u. ihr Wesen nebst Angaben zu ihrer Verhütung u. Beseitigung u. einigen andern wichtigen Mittheilungen. Tübingen. Lindenmaier. 8. 18 S. 30 Pf.

Sonsino, Prospero, Sul cholera in Cairo d'Egitto nell' anno 1883. Pisa. Tip. Vannucchi. 8. 23 pp.

Stecher, Frdr., Zum Schutze d. Einzelnen vor d. Cholera. München. Kellerer. 8. 67 S. 80 Pf.

Straus, Ueber Cholera. Deutsche med. Wchnschr. X. 33.

Strauss, Ueber d. Mikroorganismus d. Cholera. C. r. des acad. et soc. méd. I. 33.

Strauss u. Roux, Ueber d. Cholera in Toulon. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 32. — Gaz. des Hôp. 91. — L'Union 113.

Sturm, C., Der sicherste Schutz vor Cholera u. die Absurdität d. Cholerapilzes. Berlin. Schmidt u. Sternaux. 8. 19 S. 50 Pf. — Ist d. Cholera ansteckend? Das. 8. 19 S. 20 Pf.

Thomas, Félix, Die Cholera in Toulon. Progrès méd. XII. 28. p. 572.

Trevisan, Vittore, Ueber d. Cholerabacillus. Gazz. Lomb. 8. S. VI. 37.

Vigouroux, Romain, Statische Elektricität als Präventiv gegen Cholera. Progrès méd. XII. 29.

Vincent, Ueber d. Choleraepidemie in Algerien im J. 1866. Revue d'Hyg. VI. 8. p. 657. Août.

Wilkinson, F. Eachus, Ueber Behandlung d. asiat. Cholera. Lancet II. 10; Sept. p. 435.

S. a. VIII. 6. Chapin. XI. Bode, Strahan. XIX. 3. Fraenkel, Fux.

4) *Krankheiten des Gefässsystems. Embolie. Thrombose.*

Ayrolle, Aortenaneurysma; Bronchopneumonie. Progrès méd. XII. 37. p. 740.

Barron, Lubet, Aneurysma d. Aorta. Progrès méd. XII. 36. p. 721.

Biach, Alois, Ueber d. Häufigkeitsverhältniss d. einzelnen Klappenfehler d. Herzens. Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Niederösterr. X. 17.

Birch-Hirschfeld, Ueber infektiöse Endokarditis. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden 1883—1884. p. 33.

Bramwell, Byrom, Diseases of the heart and thoracic aorta. Edinburgh. Young J. Pentland. 8. XVI and 783 pp. with woodcuts.

Bury, Judson S., Angeborne Verengung d. Pulmonalarterienostium; Offenbleiben des Foramen ovale. Lancet II. 5; July.

Collings, C. D'A., Sackförmiges Aneurysma der Aorta descendens mit Durchbruch in d. linken Bronchus. Lancet II. 8; Aug.

Coupland, Sidney, Endokarditis, complicirt mit tuberkulöser Pleuritis mit Erguss. Lancet II. 5; Aug.

De-Giovanni, Achille, Veränderungen d. V. cava adscendens bei primitiver Lebercirrhose u. Herzcirrhose. Riv. clin. XXIII. 8. 9. p. 673. 792. Agosto, Sett.

Demuth, Aneurysma dissecans d. Aorta adscendens; Perforation in d. Perikardialhöhle. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 33.

Dickinson, Aneurysma d. Arcus aortae; Embolie d. Aorta abdominalis; Tod. Lancet II. 9; Aug. p. 368.

Dujardin-Beaumetz, Ueber neuere Behandlungsweisen der Herzkrankheiten. Bull. de Thér. CVII. p. 97. Août 15.

Durand-Fardel, R., Verengung d. Aorta; Verkalkung der Valv. sigm. traumat. Ursprungs. Progrès méd. XII. 31. p. 626.

Eichhorst, Hermann, Ueber Herzbigeminie. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 15.

Fothergill, J. Milner, Ueber Herzaffektionen. New York med. Record XXVI. 1—4; July.

Foulis, James, Offenbleiben d. Ductus arteriosus mit Aneurysma d. Lungenarterie. Edinb. med. Journ. XXX. p. 17. 55. [Nr. 349.] July.

Green, A. Withers, Fälle von Herzruptur. Lancet II. 8; Aug.

Hertz, Spontane Herzruptur. Deutsche med. Wochenschr. X. 38. p. 618.

Huchard, Henri, Ueber *Hodgson's* Krankheit (Erweiterung d. Aorta). L'Union 111.

Malibran, Verengung d. Mitralostium; Embolie; Phlebitis; interstitielle Nephritis. Progrès méd. XII. 32. p. 649.

Manneberg, Isid., Ueber d. Stenose u. Obliteration d. Aorta in d. Gegend d. Insertion d. Ductus arteriosus Botalli. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 50 S. 1 Mk.

Menestrier, Mitralaffektion; fibrinöse Gerinnsel im Herzen; Lungeninfarkte, zum Theil gangränös. Progrès méd. XII. 37. p. 743.

Newman, Verschluss d. Vena portae in Folge von Verdickung ihrer Wände. Glasgow med. Journ. XXII. 1. p. 65. July.

Rosenbach, Ottomar, Ueb. musikalische Herzgeräusche. (Wien. Klinik. Jahrg. 1884. 3. Heft.) Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. S. 49—72. 75 Pf.

Scheyer, Jos., Ueber pseudokardiale u. pseudoperikardiale Geräusche. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 41 S. 1 Mk.

Schmid, Heinrich, Zur Genese d. Herzklappenfehler. Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 25.

Schulz, Richard, Seltenere Erkrankungen des Cirkulationsapparates. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. 5. p. 458.

Steven, J. Lindsay, Enorme idiopath. Herzhypertrophie. Glasgow med. Journ. XXII. 1. p. 67. July.

Teissier, Ueber Herzleiden spinalen Ursprungs. C. r. des acad. et soc. méd. I. 37.

S. a. VIII. 2. a. Moussous, Oliver; 2. d. Hay; 5. Coupland, Hanot; 6. Parmentier; 7. Mathieu; 10. Leudet. IX. Féré, Varnier. X. Neve. XIX. 2. Biach, Israel.

5) *Krankheiten der Respirationsorgane (Nase, Kehlkopf); Thoraxraum; Mediastina.*

Adam, Ueber d. relative Immunität d. Gebirgsbewohner gegen Lungenschwindsucht. Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 17. 18.

Artau, Subakute Pleuropneumonie. Gaz. des Hôp. 92.

Babcock, R. H., Ueber d. physikal. Bedingungen zur Entstehung d. tympanit. Resonanz u. d. patholog. Zustände d. Lungengewebes b. solcher. Chicago med. Journ. and Examiner XLIX. 1. p. 1. July.

Baker, Henry P., Ueber d. gefährlichste Alter f. Schwindsüchtige. New York med. Record XXVI. 9; Aug.

Barrett, J. W., Victoria u. Tasmanien als Kurort f. an Schwindsucht u. Lungenkrankheiten Leidende. Med. Times and Gaz. Aug. 9.

Barrs, Alfred G., Ueber d. Uebertragbarkeit d. Phthisis. Lancet II. 8; Aug.

Bary, Ed., Zur Aetiologie d. croupösen Pneumonie. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 33.

Beverley, W. H., Ueber Behandl. d. Heufiebers. Brit. med. Journ. Sept. 6. p. 465.

Bianchi, Gino, Lungenphthisis; bedeutende Besserung nach Eintritt von Pneumothorax. Riv. clin. XXIII. 7. p. 592. Luglio.

Böcker, Gangränöse Phlegmone d. Larynx. Deutsche med. Wchnschr. X. 28. p. 444.

Bramwell, Ueber Diagnose u. Behandlung d. Empyem. Edinb. med. Journ. XXX. p. 257. [Nr. 351.] Sept.

Bresgen, Maximilian, Zur galvanokaust. Behandl. d. hypertroph. Nasenschleimhaut. Deutsche med. Wchnschr. X. 30. 37.

Bruce, Mitchell, Diffuse Bronchiektasie im obern Lappen der rechten Lunge; Diagnose von tuberkulöser Phthisis. Med. Times and Gaz. July 12. p. 45.

Brügelmann, Ueber d. Entstehung u. Behandlung d. Bronchialasthma. (Sonder-Abdr. d. deutschen Med.-Ztg. 26. Heft.) Berlin. Grosser. 8. 15 S. 30 Pf.

Caton, Richard, Ueber Pneumonie u. Pleuropneumonie. Lancet II. 4; July.

Chaumier, Edmond, Ueber Pneumonie. C. r. des acad. et soc. méd. I. 37.

Corradi, A., Ueber Prophylaxe d. Lungenschwindsucht. Ann. univers. Vol. 269. p. 284. Sett.

Coupland, Sidney, Compression eines Bronchus durch ein „geheiltes“ Aortenaneurysma; Collapsus der Lunge; Bronchiektasie; Ulceration d. Pleura; Pektoralabscess; Tod. Med. Times and Gaz. July 5. p. 13.

Dettweiler, P., Die Behandl. d. Lungenschwindsucht in geschlossenen Heilanstalten, mit besonderer Beziehung auf Falkenstein i. T. 2. Aufl. Berlin. G. Reimer. 8. 129 S. 2 Mk. 40 Pf.

Driver, Zur Behandlung d. Schwindsucht. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 30. 32.

Droux de Chapois, Ueber d. resolvirende Wirkung d. Calomel in kleinen Gaben b. Pneumonie. Bull. de Thér. CVII. p. 67. Juillet 30.

Drummond, Edward, Ueber Behandl. d. Bronchitis. Practitioner XXXIII. 3. p. 181. Sept.

Ehebald, Asthma bronchiale b. Kindern. Memorabilien XXIX. 6. p. 355.

Fenger, C., Ueber chirurg. Behandlung d. akuten umschriebenen Lungengangrän. Chicago med. Journ. and Examiner XLIX. 1. p. 19. July.

Glasmacher, Knochenblasenbildung in d. Nase. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 36.

Götze, L., Ueber d. Zusammenhang gewisser Neurosen mit Nasenleiden. Mon.-Schr. f. Ohkde. u. s. w. XVIII. 9.

Gouguenheim, A., Ueber Larynxödem b. Larynxtuberkulose. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx X. 4. p. 226. Sept.

Grundies, Oscar, Ueber Diazo-Reaktion bei Phthisis pulmonum. Ztschr. f. klin. Med. VIII. 4. p. 364.

Guinard, Ueber antisept. Pleurotomie b. purulenter Pleuritis. Gaz. des Hôp. 109.

Hack, Wilhelm, Zur Exstirpation der nasalen Schwellapparate. Deutsche med. Wchnschr. X. 28. 35.

Hanot, V., u. A. Gilbert, Ueber d. Verhalten d. Gefässe in d. Wandungen dilatirter Bronchien. Arch. de Physiol. 3. S. IV. 6. p. 153. Août.

Hardy, Bronchopneumonie u. tuberkulöse Granulationen. Gaz. des Hôp. 82.

Hartmann, Arthur, Histor. Bemerkungen über d. galvanokaust. Behandl. d. Nasenschleimhaut. Deutsche med. Wchnschr. X. 38.

Hedenius, P., Ueber d. Pneumoniekokken u. d. neuern Ansichten über d. Aetiologie d. Pneumonie. Upsala läkarefören. förh. XIX. 7. S. 562.

Heymann, Paul, Die Untersuchung d. Nase u. d. Nasenrachenraums. (Sonder-Abdr. d. deutschen Med.-Ztg. 19. Heft.) Berlin. Grosser. 8. 24 S. 60 Pf.

Holden, Edgar, Ueber d. Gefahren d. Schwindsucht in verschied. Altersklassen. New York med. Record XXVI. 2; July; 12; Sept.

Howe, John E., Ueber Behandl. d. Nachtschweisses b. Phthisis. Lancet II. 10; Sept.

Hutcheson, R. W., Ueber membranösen Croup. Philad. med. and surg. Reporter LI. 11. p. 285. Sept.

Hutchinson, Jonathan, Ueber perforirende Geschwüre d. Septum narium. Med. Times and Gaz. July 5. 12.

Janssen, H. A., Beitrag zur Kenntniss vom epidem. Auftreten d. Pneumonia biliosa. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXI. 3 u. 4. p. 355.

Judkins, William, Ueber Heuasthma u. dessen Behandlung. New York med. Record XXVI. 10; Sept.

Klein, E., Beitrag zur Kenntniss d. Pneumococcus. Med. Centr.-Bl. XXII. 30.

Ladendorff, Aug., Ueber d. Gründung von Volkssanatorien f. Phthisiker. (Sonder-Abdr. d. deutschen Med.-Ztg. 22. Heft.) Berlin. Grosser. 8. 6 S. 20 Pf.

Langerhans, P., Zur Aetiologie d. Phthisis. Virchow's Arch XCVII. 2. p. 289.

Le Gendre, Paul, Ueber Behandl. d. Pleuritis. L'Union 139.

Lermoyez, a) Caries d. Ringknorpels; Dysphagie; Tracheotomie; später Tod an Lungentuberkulose. — b) Polypenartige tuberkulöse Vegetation am Stimmbande. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx X. 3. p. 186. 188. Juillet.

Lorenz, Zur Aetiologie d. genuinen croupösen Pneumonie. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 39.

Mackenzie, John N., Ueber Coryza vasomotoria periodica oder sogen. Heufieber. New York med. Record XXVI. 3; July.

Mackenzie, Morell, Die Krankheiten d. Halses u. der Nase. Deutsch herausgeg. von Dr. *Felix Semon.* 2. Band: Die Krankheiten d. Oesophagus, d. Nase u. d. Nasenrachenraums. Berlin. Aug. Hirschwald. gr. 8. XI u. 838 S. mit 93 Holzschn. 18 Mk.

Mackenzie, Morell, Zur Geschichte des Heufiebers. New York med. Record XXVI. 9; Aug.

Marfan, A., Ueber d. Prognose d. Bronchitis bei Buckligen. Arch. gén. 7. S. XIV. p. 347. Sept.

Marsh, E. J., Ueber d. gefährlichste Alter für d. Schwindsucht. New York med. Record XXVI. 7; Aug. p. 194.

Moritz, E., Ueber Asthma bronchiale. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 27.

O'Connell, M. D., Anwend. von Glycerintampons in d. Nase gegen Heufieber. Brit. med. Journ. Sept. 20. p. 561.

Paulsen, Zur akuten Entzündung d. Nasenrachenraums. Mon.-Schr. f. Ohkde. u. s. w. XVIII. 7.

Porritt, Norman, Pneumonotomie. Brit. med. Journ. July 5. p. 42.

Potain, Lungenentzündung u. Lungencongestion. Gaz. des Hôp. 77.

Potain, Pleuritis u. Thorakocentese. Gaz. des Hôp. 84.

Purjesz, S., Die Aetiologie d. croupösen (fibrinösen) Pneumonie. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXI. 3 u. 4. p. 301.

Réthi, L., Zur Casuistik d. Laryngitis hämorrhagica. Wien. med. Presse XXV. 36. 37.

Riebe, Aetiolog. Betrachtungen über d. Auftreten d. croupösen Pneumonie in d. Garnison Posen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XLI. 1. p. 126. Juli.

Samter, J., Mischinfektion von Tuberkelbacillen u. Pneumoniekokken. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 27.

Schech, Ph., Die sogen. Reflexneurosen u. ihre Beziehungen zu den Krankheiten d. Nase u. d. Rachens. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 30.

Schmid, Heinrich, Lungenechinococcus; Genesung. Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 25.

Sée, Germain, Ueber antivirulente Behandlung d. Phthisis. Bull. de Thér. CVII. p. 49. Juillet 30.

Sée, G., Ueber Lungenphthisis durch Bacillen bedingt. L'Union 109. 110.

Seitz, C., Die croupöse Pneumonie u. d. meteorol. Verhältnisse von München in d. letzten 20 Jahren. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 33.

Suckling, C. W., Ueber lobare Pneumonie. Lancet II. 10; Sept.

Teale, T. Pridgin, Abscess der Lunge, geheilt durch Incision u. Drainage. Lancet II. 1; July.

Thiriar, J., Fälle von Rippenresektion nach *Estlander* b. purulenter Pleuritis. Presse méd. XXXVI. 36.

Trastour, Ueber med. Behandl. d. Vomicae. Bull. de Thér. CVII. p. 160. Août 30.

Voss, Ueber Lungenphthisis. Norsk Mag. 3. R. XIV. 7. 8. S. 454. 529.

Wagner, Ernst, Der sogenannte Pneumotyphus. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. 3 u. 4. p. 191.

Ward, John, Zur Aetiologie der Pneumonie u. Bronchitis. Lancet II. 12; Sept.

Wendriner, Berthold, Ein Beitrag zur Contusionspneumonie. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 30 S. 1 Mk.

Wolffberg, Ueber d. Einfl. d. Lebensalters auf die Mortalität an Schwindsucht. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 35. p. 562.

Woltering, Beitrag zur operativen Behandl. pleurit. Exsudate. Med. Centr.-Ztg. LIII. 69. 70.

S. a. V. 2. Klingensmith. VI. Cadier. VII. Seifert. VIII. 1. *Verhandlungen;* 2. b. Dehio; 2. c. Jonquière; 3. c. Chauffard, Dauchez; 4. Ayrolle, Collings, Coupland; 6. Roberts; 7. Cockle, Schulz; 9. a. Thin; 10. Dreyfus; 11. Beukema. XIV. 1. Macdougall. XVII. 2. Cammerer. XIX. 2. Beschorner, Biach, Israel.

Ueber *Asthma* s. VIII. 2. d. VIII. 4; *Kehlkopf- u. Lungen-Tuberkulose* s. VIII. 3. c; *Polypen u. Geschwülste in Nasenhöhle, Kehlkopf, Trachea* s. XII. 2; *Stenosen d. Kehlkopfs u. d. Trachea* s. XII. 4; *Ozaena* s. XII. 8; *Tracheotomie* s. XII. 12; *Laryngoskopie, Rhinoskopie* s. XIX. 2; *Inhalations-, pneumatische Therapie* s. XIX. 3.

6) *Krankheiten der Schling- und Verdauungs-Organe.*

Atkinson, F. P., Ueber follikulare Tonsillitis. Practitioner XXXIII. 3. p. 198. Sept.

Atkinson, J. E., Carcinom d. Peritonäum. Arch. of Med. XII. 1. p. 50. Aug.

Beck, Hugo, Zur Kenntniss der Tuberkulose des Oesophagus. Prag. med. Wchnschr. IX. 35. 36.

Cahn, A., Antiperistalt. Magenbewegungen. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. 5. p. 402.

Carmichael, James, Ueber Tonsillenerkrankungen bei Kindern. Edinb. med. Journ. XXX. p. 33. 159. [Nr. 349. 350.] July, Aug.

Chapin, Henry Dwight, Ueber Verhütung der Sommerdiarrhöe. New York med. Record XXVI. 4; July.

Chiari, Hanns, Zur Lehre von den durch d. Einwirknng d. Magensaftes bedingten Veränderungen in d. Oesophaguswand. Prag. med. Wchnschr. IX. 28.

Chiari, O., Symmetr. Defekte in d. vordern Gaumenbögen. Mon.-Schr. f. Ohkde. u. s. w. XVIII. 8.

Comby, J., Ueber Magenerweiterung bei Kindern. Arch. gén. 7. S. XIV. p. 148. 317. Août, Sept.

Dauchez, H., Ueber prolongirte Bäder b. gastrischer Hysterie. Bull. de Thér. CVII. p. 153. Août 30.

Dreyfus-Brisac, L., Ueber einige neuere Arbeiten über Parotitis. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 30.

Dujardin-Beaumetz, Ueber die Diagnose des Magenkrebses. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 31. — Gaz. des Hôp. 90.

Gairdner, W. T., Ueber Peritonitis. Med. Times and Gaz. July 5. — Ueber Perityphlitis. Ibid. Sept. 20.

Geraghty, J., Ascites, geheilt durch eine einfache Paracentese. Brit. med. Journ. Aug. 23. p. 361.

Gluzinski, A., u. W. Jaworski, Ueber klin. Prüfung u. Diagnose d. Störungen in d. Verdauungsfunktion d. Menschen (vorläuf. Mitth.). Berl. klin. Wchnschr. XXI. 33.

Goodwille, D. H., Einfache Magenpumpe. New York med. Record XXVI. 11; Sept. p. 305.

Green, A. Withers, Erbrechen b. Kindern, behandelt mit Nährklystiren. Med. Times and Gaz. Sept. 27.

Harley, Bösartige Erkrankung d. Coecum; Perforation; Tod. Med. Times and Gaz. Aug. 30. p. 287.

Huchard, Henri, Ueber Trockendiät b. Magenkrankheiten. Bull. de Thér. CVII. p. 145. Août 30.

Krysiński, M. Stanisl., Enteritis membranacea. Inaug.-Diss. Jena. Neuenhahn. 8. 42 S. 1 Mk. 20 Pf.

Liebig, Georg v., Naphthalin-Eingiessungen gegen Darmpilze. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 29.

Marcy, Alexander, u. J. P. Crozier Griffith, Ueber Hypertrophie der Muscularis des Magens. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 182. July.

Mazzotti, Luigi, Krebs d. Kardia; Diagnose durch mikroskop. Untersuchung mittels d. Oesophagus-Sonde entfernter Partikel; künstliche Ernährung. Gazz. degli ospitali Nr. 54.

Ollivier, Ueber d. Pathogenie d. Angina herpetica. C. r. des acad. et soc. méd. I. 37.

Parmentier, Epitheliom des untern Drittels des Oesophagus; chron. Aortitis mit Affektion d. Plexus cardiacus; Fehlen von Angina pectoris. Progrès méd. XII. 33. p. 665.

Pelizaeus, Fr., Zur Lehre von d. chron. Obstipation u. deren Behandlung. (Sonder-Abdr. d. deutschen Med.-Ztg. 28. Heft.) Berlin. Grosser. 8. 8 S. 20 Pf.

Petrone, L. M., Zur Physiologie u. Pathologie d. Magens. Ann. univers. Vol. 269. p. 272. Sett.

Roberts, F., Tuberkulöse Peritonitis u. Pleuritis; Cystitis; Diphtherie. Lancet II. 3; July p. 105.

Rossbach, M. J., Nervöse Gastroxynsis als eine eigene, genau charakterisirbare Form d. nervösen Dyspepsie. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. 5. p. 383.

Schmaltz, H., Ueber Indikation d. operativen Entfernung d. *Luschka*'schen Drüse. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 50.

Sonnenburg, Zur operativen Behandl. d. Oesophaguscarcinome. Deutsche med. Wchnschr. X. 29. p. 459.

Spencer, H. N., Ueber lokale Behandl. d. Krankheiten des Nasenrachenraums. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 298.

Tschernoff, W. E., Ueber d. sogen. Fettdiarrhöe d. Kinder. Jahrb. f. Khkde. N. F. XXII. 1 u. 2. p. 1.

Weber, Krebs d. Pylorus nach Verletzung; rasche Ausbreitung auf d. Leber. Progrès méd. XII. 36. p. 720.

Wiedow, W., Die Drainage d. Bauchhöhle u. d. Bauchspeculum. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 39.

S. a. III. 3. Bodenhamer. VI. Cadier. VIII. 1. *Verhandlungen*; 3. c. Chauffard, Mazzotti; 3. d. Dalché; 5. Lermoyez, Mackenzie; 8. Hoffmann; 9. a. Köbner; 10. Baumgarten. XI. Baginsky, Bode, Friedländer. XVII. 1. Pohl.

Hämorrhoiden s. XII. 5; *Stenosen d. Oesophagus u. Darmkanals, innere Einklemmung, Ileus* s. XII. 6.

7) *Krankheiten des Milz-Leber-Systems; des Pankreas.*

Babbillon, Krebs d. Pankreas. Progrès méd. XII. 27.

Birch-Hirschfeld, Fall von Cholelithiasis. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden 1883—1884. p. 40.

Carnazzi, Bartolomeo, Cyste d. Leber, eine Cyste d. Milz simulirend. Gazz. Lomb. 8. S. VI. 30.

Cockle, Anscheinende Kehlkopfphthisis; latenter Leberabscess. Med. Times and Gaz. Aug. 2. p. 148.

Curschmann, H., Zur Differentialdiagnostik der mit Ascites verbundenen Erkrankungen d. Leber u. des Pfortadersystems. Deutsche med. Wchnschr. X. 35.

Dauchez, H., Hydatidencyste d. Leber; Megalosplenie; Compression d. Canalis choledochus; Cirrhose u. Cholämie; Tod. Progrès méd. XII. 29. p. 587.

Foà, Pio, Zur pathol. Physiologie d. Milz. Sperimentale Sett. 1883. — Arch. per le Sc. med. VII. p. 408.

Garnier, L., Ausstossung eines voluminösen Gallensteins ohne Störung. Arch. de Physiol. 3. S. IV. 6. p. 176. Août.

Gombault, A., u. Condoléon, Hypertrophische Lebercirrhose. Progrès méd. XII. 27.

Granier, Durchbruch einer Hydatidencyste der Leber in d. Luftwege. Bull. de Thér. CVII. p. 76. Juillet 30.

Hardy, Symptomatologie u. Behandl. d. hypertroph. Lebercirrhose. Gaz. des Hôp. 103.

Harley, George, Ueber Sondirung b. Einklemmung von Gallensteinen. Med. Times and Gaz. July 5. 12.

Hedenius, P., Ueber akute Leberatrophie. Upsala läkarefören. förhandl. XIX. 7. S. 540.

Heusinger, Akutes Medullarcarcinom d. Leber; Verjauchung u. Perforation durch d. Bauchdecken. Deutsche med. Wchnschr. X. 34.

Mathieu, Albert, Fettige Nekrose d. Leber; Alkoholismus; Tuberkulose. Progrès méd. XII. 34. p. 685. — Gallensteine; Ikterus; typhoide Symptome; Endocarditis vegetans. Ibid. 35. p. 702.

Musser, J. H., Akute gelbe Atrophie, rothe Atrophie u. hypertroph. Cirrhose d. Leber. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 166. July.

Rovighi, Alb., Ueber Adenom d. Leber. Arch. per le Sc. med. VII. p. 87.

Schulz, Richard, Multiple Leberabscesse, verlaufend unter d. Bilde einer biliaren Pneumonie. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. 5. p. 464.

Singer, Jacob, Zur Casuistik u. Symptomatologie d. Leberabscesses. Prag. med. Wchnschr. IX. 29—32.

Soulez, Ueber Dislokation d. Milz. C. r. des acad. et soc. méd. I. 39.

Tait, Lawson, Ueber chirurg. Behandl. d. Gallensteine. Brit. med. Journ. July 12. p. 67.

Thayer, C. C., Albuminurie b. Leberkrankheiten. New York med. Record XXVI. 5; Aug.

Venn, Albert, Akute gelbe Leberatrophie; Tod. Lancet II. 5; July p. 191.

Véron, L., Lebercirrhose durch Malaria u. Alkohol bedingt. Arch. gén. 7. S. XIV. p. 308. Sept.

S. a. VIII. 3. a. Francis; 3. d. Russell; 4. De-Giovanni; 6. Weber; 10. Baumgarten, Beck. X. Haidlen. XII. 6. Browne, Courvoisier.

8) *Krankheiten der Harn- und männlichen Geschlechts-Werkzeuge.*

Alberti, Elftägige Anurie in Folge von Verstopfung beider Ureteren; keine Urämie; Tod. Deutsche Ztschr. f. Chir. XX. 6. p. 468.

Atkinson, J. E., Bright'sche Krankheit durch Malaria bedingt. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 149. July.

Cornil, Ueber subakute u. chron. Nephritis. L'Union 120. 121.

Hartung v. Hartungen, Chrph., Ueber virile Schwäche u. deren Heilbarkeit auf induktivem Wege. Wien. Braumüller. 8. V u. 87 S. 2 Mk.

Hoffmann, Arthur, Nephritis haemorrhagica nach Varicellen; Typhlitis durch Einkeilung eines Kirschkerns im Proc. vermiformis. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 38.

Jaccoud, Ueber Bright'sche Krankheit u. d. Behandl. d. Albuminurie b. derselben. Gaz. des Hôp. 108. 111. 113.

Lépine, R., Die Fortschritte d. Nierenpathologie. Deutsch bearb. von Dr. *W. Havelburg*. Berlin. Hirschwald. 8. XII u. 176 S. 5 Mk.

Lucas, R. Clement, Ueber Behandl. d. scrofulösen Pyonephritis. Brit. med. Journ. July 5. p. 20.

Lussana, Felice, Ueber Granularatrophie der Nieren. Gazz. Lomb. 8. S. VI. 29. 31.

Nagy, Armin, Fall von Wanderniere. Wien. med. Presse XXV. 35.

Smith, J. Greig, Ueber Fixirung d. beweglichen Niere. Lancet II. 1; July.

Steven, John Lindsay, Ueber suppurative Nephritis. Glasgow med. Journ. XXII. 3. p. 161. Sept.

Tyson, James, Chron. parenchymat. Nephritis. New York med. Record XXVI. 7; Aug.

Wolff, Julius, Zur Diagnostik d. Nierenkrankheiten. Deutsche med. Wchnschr. X. 39.

S. a. VI. Stoecker. VIII. 2. a. Moussous; 3. c. Irsai; 4. Malibran; 6. Roberts. IX. Féré. *Affektionen mit abnormer Beschaffenheit des Harns* s. VIII. 3. a. — *Affektion d. Nieren b. akuten Exanthemen* s. VIII. 9. — *Erkrankungen der Harnblase u. davon abhängige Störung d. Harnentleerung, Erkrankungen des Hodens* s. XII. 9.

9) a. *Hautkrankheiten.*

Andeer, Justus, Das Resorcin in seiner Anwendung b. Hautkrankheiten. Mon.-Hefte f. prakt. Dermatol. III. 7.

Arning, E., Ueber d. Vorkommen d. Bacillus leprae b. Lepra anaesthetica sive nervorum. Virchow's Arch. XCVII. 1. p. 170.

Balzer, F., Ueber d. Veränderungen d. elast. Gewebes b. Xanthelasma. Progrès méd. XII. 36.

Bennett, William H., Zur Behandlung d. Scharlach. Brit. med. Journ. Aug. 23. p. 361.

Bergh, R., Fälle von Hauthörnern. Hosp.-Tid. 3. R. II. 32.

Bourneville u. Bricon, Ueber Rötheln. Progrès méd. XII. 26. 28. 29.

Braun, E., Urticaria als Folge von Atropineinträufelungen. Eira VIII. 13.

Brocq, L., Ueber Pityriasis rubra. Arch. gén. 7. S. XIV. p. 58. 167. Juillet, Août.

Bryant, Fälle von Lupus. Lancet II. 6; Aug. p. 234.

Buxton, A. St. Clair, Fall von *Alibert's* Keloid, in Indien entstanden. Lancet II. 8; Aug.

Cameron, J. S., Ueber Isolirung bei leichten u. zweifelhaften Fällen von Scharlachfieber. Lancet II. 10; Sept.

Campana, Rob., Ueber Inoculation von Lepraknoten (Lepra Arabum). Arch. per le Sc. med. VII. p. 29.

Collins, M., Allgemeines Skleroderma. Brit. med. Journ. Sept. 27. p. 608.

Day, William H., Ueber Behandl. d. Scarlatina. Brit. med. Journ. Aug. 30. p. 417.

Després, Ueber d. Nicht-Contagiosität d. Erysipelas. Gaz. des Hôp. 94.

Dreyfus-Brisac, L., Ueber anomale Scarlatina. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 37.

Duclaux, E., u. L. Heydenreich, Ueber einen bei Biskrabeule gefundenen Mikroorganismus. Arch. de Physiol. 3. S. IV. 6. p. 106. Août.

Fabre, Paul, Ueber Mycosis fungoides. Gaz. de Par. 36.

Fox, T. Colcott, Ueber Pityriasis maculata et circinata. Lancet II. 12; Sept.

Free, J. E., Fall von Elephantiasis Arabum. Philad. med. and surg. Reporter LI. 12. p. 334. Sept.

Geddings, W. H., Fall von Leprose. New York med. Record XXVI. 7; Aug.

Guibout, Ueber Diagnose d. symptomat. Hautaffektionen b. herpet. Diathese. Gaz. des Hôp. 91.

Hansen, Armauer, Die Aetiologie u. Pathologie d. Aussatzes. Wien. med. Presse XXV. 35.

Jaeger, Fall von Masern mit nachfolgender Entzündung d. Unterleibsdrüsen; Abscessbildung; Heilung. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 16.

Köbner, Lichen ruber, auch d. Mundschleimhaut betreffend. Deutsche med. Wchnschr. X. 27. 33. p. 431. 533.

Kohn, S., Zur Behandlung d. Lupus. Vjhrschr. f. Dermatol. u. Syph. XI. 1 u. 2. p. 81.

Kohn, S., Zur Behandl. d. Lupus vulgaris. Wien. med. Presse XXV. 30.

Koren, Aug., Meddelelser om Skarlagensfeber. Christiania. Th. Steen's Forl. 8. 223 S.

Lagout, Herpes labialis u. Zona. L'Union 102.

Lassar, Oscar, a) Pseudo-Sklerodermie. — b) Urticaria gravis. — c) Pityriasis alba. — d) Ausgebreitete Geschwürsbildung auf Grundlage vereiterter Varicellen. Mon.-Hefte f. prakt. Dermatol. III. 7.

Leloir, Ueber eine Varietät d. suppurativen Perifolliculitis. Progrès méd. XII. 27.

Martin, Stanislas, Mittel gegen Fussschweiss. Bull. de Thér. CVII. p. 26; Juillet 15.

Moellmann, Zur Pathologie d. Scarlatina. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 27.

Morris, Malcolm, Ueber vollständ. Zerstörung von disseminirtem Lupus vulgaris. Lancet II. 4; July.

Ollivier, Auguste, Ueber d. Masern in Paris. Arch. gén. 7. S. XIV. p. 257. Sept.

Panthel, Seltener Fall von Erysipel. Memorabilien XXIX. 5. p. 273.

Petrone, Luigi M., Ueber akuten infektiösen Pemphigus. Gazz. Lomb. 8. S. VI. 34.

Pfeiffer, A., Zur Geschichte d. Aetiologie d. Lupus. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 28.

Pick, Fil. J., Ueber Melanosis lenticularis progressiva. Vjhrschr. f. Dermatol. u. Syph. XI. 1 u. 2. p. 1.

Rawlings, Henry Armstrong, Zur Behandl. d. Scarlatina. Brit. med. Journ. Aug. 16. p. 319.

Riehl, Gustav, Ueber d. patholog. Bedeutung d. Prurigo. Vjhrschr. f. Dermatol. u. Syph. XI. 1 u. 2. p. 41.

Rosenbach, P., Ueber d. neuropath. Symptome d. Lepra. Neurol. Centr.-Bl. III. 16.

Schiff, Eduard, Ueber einige neuere Behandlungsweisen von Hautkrankheiten. Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Nieder-Oesterr. X. 14.

Senator, H., Fall von Sklerodermie u. Sklerodaktylie. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 31.

Shoemaker, John V., Ueber Anwendung d. Jequirity b. Hautkrankheiten. Lancet II. 5; July.

Spencer, H. E., Fall von Erythema multiforme. Brit. med. Journ. Sept. 6.

Stabell, Fr., Herpes zoster bilateralis. Tidsskr. f. prakt. Med. IV. 13.

Thin, George, Ueber lepröse Infiltration d. Epiglottis u. ihre Abhängigkeit von d. Bacillus leprae. Brit. med. Journ. July 19.

Wells, Edward, Ueber Behandlung d. Scarlatina. Brit. med. Journ. July 12. p. 67.

Westerlund, F. W., Ueber das Vorkommen d. Lepra im Tyrvis-Distrikt. Finska läkaresällsk. handl. XXVI. 3. S. 137.

Wharton, Henry T., Ueber Lichen tropicus. Lancet II. 5; July.

Wolffberg, S., Zur Aetiologie d. Trichorrhexis nodosa. Deutsche med. Wchnschr. X. 31.

S. a. III. 3. Riehl. V. 2. Hastreiter, Juliusburger, Neisser. VII. Millot. VIII. 2. a. Oliver; 3. a. Dutil; 6. Ollivier; 10. Haug, Sinéty. X. Parvin. XI. Caspary. XIV. 1. Blau. XVIII. Ogston. XIX. 2. Baumgarten.

b. *Variola u. Vaccination. Varicella.*

Comby, J., Ueber d. Varicellenenanthem. Progrès méd. XII. 39.

Galvagni, Ercole, Statist. Untersuchungen üb. Variola. Riv. clin. XXIII. 9. p. 769. Sett.

Hübner, W., Die Pockenkrankheit heilbar! Ueber miasmat. Ansteckung mit specieller Beziehung auf d. Entstehung u. d. Wesen d. Pockenkrankheit; nebst Angabe eines specif. Heilverfahrens gegen d. Pocken, nach den neuesten naturwiss. Grundsätzen bearb. 2. Aufl. Leipzig. Hucke. 8. VIII u. 34 S. 1 Mk. 50 Pf.

Linroth, Pocken in Stockholm. Hygiea XLVI. 7. Svenska läkaresällsk. förh. S. 99.

Mees, W., Fall von modificirten Pocken bei einem vaccinirten Individuum nach Infektion mit Vaccina vera. Nederl. Weekbl. 39.

Tenneson, Ueber Anwend. von Aether u. Opium bei Pocken. Bull. de Thér. CVII. p. 62. Juillet 30.

Treymann, M., Die Pocken im allgem. Krankenhause zu Riga 1883—1884. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 29. 30.

Wilson, Edward T., Ueber d. Einfl. d. Pockenhospitäler. Lancet II. 6; Aug.

Fickert, Zur Würdigung d. animalen Glycerinlymphe. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XVI. 3. p. 425.

Hervieux, Ueber Revaccinationen. Bull. de l'Acad. 2. S. XIII. 38. p. 1281. Sept. 16.

Mayntzer, P., Die Lösung d. Impffrage im Geiste einer rationellen, physiolog. Therapie. Coblenz. Schuth. 8. X u. 76 S. 2 Mk.

Oser, Ueber d. Werth d. verschied. Impfstoffgattungen. Vjhrschr. f. Dermatol. u. Syph. XI. 1 u. 2. p. 69.

Pearson, Archibald, Ueber Vaccination. Glasgow med. Journ. XXII. 2. p. 200. Sept.

Pfeiffer, L., Die Vaccination, ihre experiment. u. erfahrungsgemässen Grundlagen u. ihre Technik, mit besond. Berücksicht. d. animalen Vaccination. Tübingen. Laupp. 8. VIII u. 158 S. mit 17 eingedr. Holzschn. 3 Mk.

Pissin, Ueber animale Vaccination. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 34.

Qvist, C., Ueber künstl. Züchtung d. Vaccina. Finska läkaresällsk. handl. XXVI. 3. S. 176.

Voigt, Leonhard, Ueber animale Vaccination. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 37.

Wolffberg, S., Ueber d. Schutzkraft d. animalen Lymphe. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. III. 6. p. 267.

S. a. VIII. 8. Hoffmann; 9. a. Lassar.

10) *Syphilis und Tripper.*

Baumgarten, a) Miliare Gummigeschwülste der Milz, nebst Bemerkungen über d. anatom.-histolog. Differentialdiagnose zwischen Gummata u. Tuberkeln. — b) Congenitale Miliarsyphilis d. Milz. — c) Congenitale Darmsyphilis. Virchow's Arch. XCVII. 1. p. 21. 36. 39.

Beck, Hugo, Congenital luëtische Erkrankung der Gallenblase u. d. grossen Gallenwege. Prag. med. Wochenschr. IX. 27. 29.

Behrend, Gustav, Ueber Syphilis haemorrhagica. Vjhrschr. f. Dermatol. u. Syph. XI. 1 u. 2. p. 57.

Chanfleury van Ijsselstein, Ueber d. Therapie d. constitutionellen Syphilis in früher Periode. Nederl. Weekbl. 38. 39.

Dreyfus-Brisac, L., Ueber Lungensyphilis. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 39.

Finger, Ernst, Zur Kenntniss d. syphilit. Gelenks-, Sehnen- u. Sehnenscheiden- u. Schleimbeutel-Erkrankungen. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 28—34.

Forster, Thompson, Syphilit. Infektion durch d. Fötus; Ataxia locomotoria. Lancet II. 6; Aug.

Friedländer, Mart., Zur Aetiologie d. im jugendl. Alter vorkommenden Syphilis. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 37 S. 1 Mk.

Görges, Th., Ueber d. heutigen Stand d. Syphilis-Behandlung. Deutsche med. Wchnschr. X. 31. 33. Beilage. — Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 37. 38. 39.

Haberstolz, Albin, Fall von schwerer Muskelgummose. Inaug.-Diss. Jena 1883. Neuenhahn. 8. 15 S. 75 Pf.

Haug, Rudolf, Syphilis cutanea vegetans. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 32.

Kirchbaur, Ueber Behandlung d. Trippers. Med. Centr.-Ztg. LIII. 54.

Lang, Edu., Vorlesungen über Pathologie u. Therapie d. Syphilis. 1. Hälfte. Wiesbaden. Bergmann. 8. XVI u. 198 S. 5 Mk. 60 Pf.

Lang, T., Zur Lehre von d. Eingeweidesyphilis. Wien. med. Presse XXV. 35—39.

Laurent, O., Fall von Syphilis infantilis. Presse méd. XXXVI. 28.

Legrand du Saulle, Ueber Syphilis d. Gehirns. Gaz. des Hôp. 76. 80. 85. 88. 93. 95.

Lesser, Edmund, Mittelbare Uebertragung des Ulcus molle. Vjhrschr. f. Dermatol. u. Syph. XI. 1 u. 2. p. 120.

Leudet, Ueber d. Heilbarkeit d. syphilit. Arteriitis. C. r. des acad. et soc. méd. I. 37.

Lomer, R., Ueber d. Bedeutung d. *Wegner*'schen Knochenerkrankung für d. Diagnose u. Therapie d. hereditären Syphilis. Ztschr. f. Gebtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 189.

Monastyrski, N. D., Ueber syphilit. Gelenkleiden. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 32. p. 340.

Petrone, Luigi M., Uebertragung d. Syphilis auf Thiere. Gazz. Lomb. 8. S. VI. 31.

Peyer, Alex., In tägl. Anfällen auftretende Präcordialangst; Heilung durch Beseitigung einer chron. Gonorrhöe mit beginnender Striktur. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 14. p. 356.

Picqué, Lucien, Syphilis u. Traumatismus. Gaz. de Par. 32.

Shoemaker, John V., Ueber Behandl. d. Syphilis mittels hypodermat. Injektion von Hydrarg. sublim. corrosivum. Lancet II. 10; Sept.

Sinéty de, Albuminurie u. Purpura im Verlaufe sekundärer Syphilis. Gaz. de Par. 36.

Terrillon, Ueber blennorrhag. Rheumatismus. Gaz. des Hôp. 91.

Thiry, Uebertragung d. Schankers auf d. Kind bei d. Geburt; Infektion d. Amme; Verbreitung d. Syphilis durch Säugen. Presse méd. XXXVI. 31.

Thomaschewsky, S., Fall von weichem Schanker auf d. rechten Mandel. Wien. med. Presse XXV. 34.

Unna, P. G., Zur Jodoformbehandlung d. Ulcus molle. Mon.-Hefte f. prakt. Dermatol. III. 8.

Verneuil, Syphilit. Ulceration d. Gaumensegels; Staphylorrhaphie. Gaz. des Hôp. 105.

Virchow, Ueber syphilit. Gelenkaffektionen. Deutsche med. Wchnschr. X. 27. p. 431. — Berl. klin. Wochenschr. XXI. 33. p. 534.

Widmark, Johan, Ueber d. gonorrhoische Urethritis u. Conjunctivitis. Hygiea XLVI. 9. S. 592.

Ziehl, Franz, Zur Casuistik seltener Formen von Syphilis. Deutsche med. Wchnschr. X. 27. 28.

S. a. V. 2. Bourgoin, Wulfsberg. VIII. 2. a. Seguin; 3. a. Scheinmann. IX. Bumm, Martineau. XIII. Cohn, Haltenhoff, Hirschberg, Minor. XIV. 1. Buck. XVI. Bigot.

11) *Endo- u. Epizoën; Endo- u. Epiphyten.*

Beukema, T. W., Hämoptöe verursacht durch Filaria. Nederl. Weekbl. 27.

Brass, Arnold, Die thier. Parasiten d. Menschen. Im Anh. Tabellen, enth. d. wichtigsten Merkmale d. Parasiten, Diagnosen u. Angaben über d. Therapie d. durch d. Parasiten hervorgerufenen patholog. Erscheinungen. Kassel. Fischer. 8. VII u. 143 S. mit 6 Taf. 5 Mk.

Forbes, Charles, Filix mas u. Granatwurzelrinde gegen Taenia. Glasgow med. Journ. XXII. 1. p. 20. July.

Girard, H., Vorübergehende Hemiplegie durch Spulwürmer bedingt. Revue méd. de la Suisse Rom. IV. 8. p. 448. Août.

Leidy, Joseph, Fall von Bandwurm (Taenia flavopunctata). Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 110. July.

Madelung, Ueber d. Vorkommen d. Echinokokkenkrankheit in Mecklenburg. Deutsche med. Wchnschr. X. 29. p. 461.

Poirier, P., Hydatidencysten in d. Fascia subperitonaealis d. vordern Bauchwand. Progrès méd. XII. 36. p. 719.

Puky, A. v., Ueber Echinococcusoperationen. Arch. f. klin. Chir. XXXI. 1. p. 101.

Smythe, G. C., Ueber Behandl. d. Bandwurms mit Pelletierin. New York med. Record XXVI. 3; July p. 81.

Thierfelder, Th., Zur Diagnostik d. Echinokokkenkrankheit. Deutsche med. Wchnschr. X. 29. p. 462.

Trichinen u. Trichinose, Diskussion in d. Soc. de méd. publique. Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 1. p. 62. Juillet.

Wagner, Ernst, Die Trichinen-Epidemie in Emersleben, Nienhagen u. Deesdorf: Herbst 1880. Halberstadt. Frantz. 8. 79 S. mit 5 eingedr. Holzschn. u. Taf. 1 Mk. 50 Pf.

S. a. IV. Schmidt. VIII. 2. a. Runeberg; 5. Schmid; 7. *Hydatiden u. Echinokokken der Leber.* X. Ginsburg. XVI. Otto.

IX. Gynäkologie.

Alberts, Otto, Hämatocele, Hämatosalpinx u. d. Reflextheorie. Arch. f. Gynäkol. XXIII. 3. p. 399.

Apostoli, Elektr. Behandlung d. Uterusfibrome. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 31. p. 517.

Barnes, Fälle von Erkrankung d. Ovarium. Brit. med. Journ. Aug. 16. p. 321.

Bastelberger, Cyste im Hymen. Arch. f. Gynäkol. XXIII. 3. p. 427.

Baumgarten, a) Fälle von Ovariencystom. — b) Fälle von Abschnürung d. Ovarien. Virchow's Arch. XCVII. 1. p. 1. 11. 18.

Benckiser, Alfons, Zur Entwicklungsgeschichte d. Corpus luteum. Arch. f. Gynäkol. XXIII. 3. p. 350.

Berthod, Paul, Fibröser Körper d. Uterus; Hysterektomie. Gaz. de Par. 30.

Bircher, H., Die Castration b. Ovarialneuralgie u. Hysterie. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 18.

Bischoff, Ueber d. Werth d. Castration. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 13. p. 335.

Blanchard, Atrophischer Scirrhus beider Brüste; krebsige Infiltration d. Wirbelsäule. Progrès méd. XII. 39. p. 782.

Blocq, Paul, Ulcerirtes Molluscum simplex an d. grossen Schamlippe. Progrès méd. XII. 35.

Bokelmann, Ueber Totalexstirpation d. carcinomatösen Uterus. Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 13.

Brame, Ch., Ueber Behandl. d. Amenorrhöe u. Dysmenorrhöe. Bull. et mém. de la Soc. de Thér. XV. 13. p. 75. Juillet 15.

Braun von Fernwald, Karl, Ueber 100 Fälle von Laparotomie b. Tumoren d. weibl. Genitalien. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 27. 29. 30.

Breisky, A., Zur Differentialdiagnostik des engen Beckens. Gynäkol. Centr.-Bl. VIII. 30.

Breisky, A., Ueber d. zweckmässigste Methode d. palliativen Behandlung d. Gebärmutter- u. Scheidenvorfalls alter Frauen. Prag. med. Wchnschr. IX. 33.

Budin, P., Sonde zur Ausspülung d. Uterushöhle. Progrès méd. XII. 31. 33. 34.

Bumm, E., Zur Kenntniss d. Gonorrhöe d. weibl. Genitalien. Arch. f. Gynäkol. XXIII. 3. p. 327.

Burton, J. E., Ueber sogen. obstruktive Dysmenorrhöe. Brit. med. Journ. Sept. 27.

Butlin, Henry T., Cysten u. cystische Geschwülste d. Brust. Lancet II. 2; July.

Calkins, A. E., Ueber Uterin- u. Ovarien-Reflexe. Philad. med. and surg. Reporter LI. 12. 13. p. 312. 340. Sept.

v. Campe, Ueber d. Verhalten d. Endometrium b. Myomen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 356.

Chapman, J. Milne, Cystische Erweiterung d. Tuba Fallopiae; Abdominalschnitt; Heilung. Edinb. med. Journ. XXX. p. 204. [Nr. 351.] Sept.

Credé, B., Fälle von Ovariotomie. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden 1883—1884. p. 37.

Credé, C., Binde f. Frauen während d. Menstruation u. zur Stütze b. Scheiden- u. Gebärmuttervorfällen. Arch. f. Gynäkol. XXIV. 2. p. 281.

Cummins, W. Jackson, Hydrorrhöe ausserhalb d. Schwangerschaft. Brit. med. Journ. July 5. p. 20.

Dalché, P., Uterusmyom mit wechselndem Umfange. Gaz. de Par. 37.

Demuth, Ovariotomie; später intramurales Uterusmyom mit Cystenbildung, Vereiterung u. Durchbruch in d. Darm. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 33.

Dick, R., Fälle von Laparotomie. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 17.

Dill, Ueber Struktur u. Erweiterung d. Os u. d. Cervix uteri. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 175. [3. S. Nr. 152.] Aug.

Dobronrawow, W. A., Heilung von durch Uterusfibrome hervorgerufenen Leiden ohne Operation. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 39.

Duhring, Louis A., u. Henry Wile, Ueber *Paget's* Brustwarzenerkrankung. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 141. July.

Duncan, J. Matthews, Ueber hämorrhag. Lupus d. weibl. Geschlechtsorgane. Edinb. med. Journ. XXX. p. 5. [Nr. 349.] July.

Féré, Ch., u. L. Quermonne, Ueber d. Gewicht d. Herzens in einigen Fällen von Nierenaffektion b. Uteruskrebs. Progrès méd. XII. 31. p. 624.

Fischel, Wilhelm, Beiträge zur pathol. Histologie d. weibl. Genitalien. Arch. f. Gynäkol. XXIV. 1. p. 119.

Fitzgerald, Charles E., Lageveränderungen d. Uterus. Lancet II. 7; Aug.

Fürst, Camillo, Knochenneubildung in d. Wand einer Ovariencyste. Virchow's Arch. XCVII. 1. p. 131.

Gallard, Chirurg. Behandlung d. Uteruskrebses. Gaz. des Hôp. 78. p. 620.

Gallard, Amputation d. Collum uteri. C. r. des acad. et soc. méd. I. 28. 29.

Galton, J. H., Fall von Ovariotomie. Lancet II. 2; July.

Gautier, V., Ueber Blutungen aus d. Genitalien b. kleinen Mädchen; über vorzeitige Menstruation u. Reife. Revue méd. de la Suisse Rom. IV. 9. p. 501. Sept.

Godson, Clement, Ueber chirurg. Gynäkologie u. Geburtshülfe. Brit. med. Journ. Aug. 2.

Gusserow, Ueber die Entfernung kleiner Geschwülste d. weibl. Genitalien b. gleichzeit. chron. Entzündung im Becken. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 329. 331.

Hartmann, H., Fibromyom d. Ovarium; Ascites; Ovariotomie; Heilung. Progrès méd. XII. 27. p. 544.

Hegar, Alfred, Ueber einige Folgezustände hochgradiger Erschlaffung d. Bauckbeckenwand. Deutsche med. Wchnschr. X. 36.

Heinricius, G., Angeb. Bildungsfehler d. weibl. Genitalapparats. Finska läkaresällsk. handl. XXVI. 3. S. 192.

Hennig, C., Ueber schwere Vorkommnisse bei Uterusflexionen. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 30. p. 471.

Herman, G. Ernest, Vorfall d. Beckenbodens ohne relative Lageveränderung d. Uterus. Brit. med. Journ. July 12.

Hofmeier, M., Zur Statistik d. Gebärmutterkrebses u. seiner operativen Behandlung. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 269. 363. 435.

Jeannel, Parovariencyste; wiederholte Punktion u. Jodinjektionen; akuter Jodismus. C. r. des acad. et soc. méd. I. 31.

Kidd, George H., Blasenstein b. einer Frau. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 197. [3. S. Nr. 153.] Sept.

Kiderlen, F., Ein Fall von Uterus bicornis. Inaug.-Diss. Tübingen. Fues. 8. 32 S. 80 Pf.

Kisch, E. Heinr., Aerztl. Rathgeber f. kranke Frauen in Marienbad. 2. Aufl. Marienbad. Gschihay. 8. 103 S. 1 Mk. 20 Pf.

Kurz, Edgar, Hydrastis Canadensis in d. gynäkolog. Praxis. Memorabilien XXIX. 5. p. 271.

Labbé, Behandlung d. Uteruskrebses. Gaz. des Hôp. 81. p. 643.

Lediard, Pyosalpinx; Durchbruch in d. Uterushöhle; Abdominalschnitt; Drainage; Heilung. Lancet II. 12; Sept. p. 493.

Léonard, Tod durch ein Pessarium. Progrès méd. XII. 37. p. 741.

Leopold, Indikationen u. Erfolge d. Kastration. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden 1883—1884. p. 69.

Leopold, Fälle von Laparotomie u. Perinäoplastik. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 27. p. 430.

Levi, Riccardo, Fall von Mangel d. Uterus. Gazz. Lomb. 8. S. VI. 27.

Löhlein, Zur Beckenmessung, spec. zur Schätzung d. Transversa d. Beckeneingangs. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 342.

Loewenthal, Wilhelm, Eine neue Deutung d. Menstruationsprocesses. Arch. f. Gynäkol. XXIV. 2. p. 169.

Macdonald, Angus, Fälle von Salpingo-Oophorektomie. Edinb. med. Journ. XXX. p. 97. [Nr. 350.] Aug.

Martin, A., Pathologie u. Therapie der Tubenerkrankungen. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Martineau, Ueber Behandl. d. Folliculitis blennorrhagica b. Frauen. Bull. et mém. de la Soc. de Thér. XV. 14. p. 81. Juillet 30.

Menzel, H., Zur Differentialdiagnostik d. engen Beckens. Gynäkol. Centr.-Bl. VIII. 28.

Meredith, W. A., Fälle von Ovariotomie. Brit. med. Journ. Aug. 9.

Meusnier, Ueber Pleuraergüsse nach Brustkrebs. C. r. des acad. et soc. méd. I. 39.

Michener, E., Brustdrüsenabscess; Tod. Philad. med. and surg. Reporter LI. 2. p. 32. July.

Miller, Robert, Fälle von *Adams'* Operation wegen Lageveränderungen des Uterus. Glasgow med. Journ. XXII. 2. p. 121. Aug.

Morris, Henry, Dermoidcyste d. Ovarium; Zerreissung; Tod. Brit. med. Journ. Sept. 6. p. 467.

Mosler, Leo, Die Tuberkulose d. weibl. Genitalien. Inaug.-Diss. Berlin 1883. Breslau. Köhler. 8. 42 S. 1 Mk.

Napier, A. D. Leith, Fibrinöse polypoide Uterusgeschwulst; sekundäre Blutung; Abtragung d. Geschwulst. Edinb. med. Journ. XXX. p. 137. [Nr. 350.] Aug.

Netzel, W., Ueber d. Operationen in d. gynäkolog. Abtheilung d. Sabbatsberg-Hospitals im J. 1883. Hygiea XLVI. 9. S. 565.

Newman, David, Ueber Operation d. Recto-Vaginal- u. Vesico-Vaginalfistel. Glasgow med. Journ. XXII. 1. p. 1. July.

v. Nussbaum, Operation einer Uterusgeschwulst in 2 Zeiten. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 27.

Paladini, R., Heilung einer Ovariencyste nach Zerreissung b. einem Sturze. Gazz. Lomb. 8. S. VI. 32.

Parker, W. Thornton, Instrument zu Injektionen u. zur Messung d. Uterus. New York med. Record XXVI. 11; Sept. p. 305.

Pippingsköld, Colloidentartung im Peritonäum als Complikation von Ovarientumoren u. möglicher Weise Contraindikation der Operation; Ovariotomie b. einer 80 J. alten Frau. Finska läkaresällsk. handl. XXVI. 3. S. 186. 203.

Pozzi, S., Hysterektomie wegen einer fibrösen Geschwulst d. Uterus complicirt mit Hydronephrose. Gaz. de Par. 28.

Prochownick, Fälle von Uterus- u. Ovariengeschwülsten. Deutsche med. Wchnschr. X. 40. p. 651.

Revilliod, Eugène, Tuberkulose d. weibl. Genitalien. Progrès méd. XII. 33. p. 665.

Rheinstaedter, A., Fälle von Ovariotomie mit Einnähung d. Tumorbasis in d. Bauchwunde; Heilung ohne Recidiv. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 257.

Richardson, Richard, Ueber Gebärmutterblutungen u. eine neue Methode d. Behandlung. Brit. med. Journ. Sept. 27.

Rokitansky, K. v., Ueber Laparotomie. Wien. med. Presse XXV. 27—30.

Rope, H. J., Hymen imperforatus; Erweiterung d. Tuba Fallopiae; Incision; Katheterisation d. Tuba; Heilung. Brit. med. Journ. Aug. 16. p. 319.

Rumpe, R., Beitrag zu den Wachsthumsverhältnissen d. Becken normaler Gestaltung. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 239.

Sänger, M., Ueber desmoide Geschwülste d. Bauchwand u. deren Operation mit Resektion d. Peritonaeum parietale. Arch. f. Gynäkol. XXIV. 1 p. 1.

Saltzman, Cyste im Ligam. latum. Finska läkaresällsk. handl. XXVI. 3. S. 198.

Schmidtmann, Zur Perinäoplastik. Arch. f. Gynäkol. XXIII. 3. p. 396.

Schröder, Ueber dysmenorrhoische Endometritis. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 441.

Schülein, Ueber Behandlung d. Inversio uteri. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 345. 352.

Schwarz, E., Darmperforation durch gynäkolog. Exploration veranlasst. Gynäkol. Centr.-Bl. VIII. 27.

Stelzner, Fälle von Laparotomie. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden 1883—1884. p. 21.

Stockard, C. C., Fibrocystengeschwulst d. Uterus, 135 Pfund schwer. New York med. Record XXVI. 7; Aug.

Swallow, James Dodd, Fibroidgeschwulst des Uterus; Exstirpation d. Uterus; Heilung. Lancet II. 7; Aug.

Tahintzis, C. Th., Ein Fall von Prolapsus vaginae bei einer Jungfrau. Inaug.-Diss. Strassburg. Trübner. 8. 32 S. 1 Mk.

Tait, Lawson, Adhäsion von Därmen an d. hintere Fläche d. Uterus; Abdominalschnitt. Med. Times and Gaz. July 19.

Tait, Lawson, Ueber Abtragung d. Anhänge d. Uterus. Arch. of Med. XII. 1. p. 74. Aug. — Med. Times and Gaz. Aug. 2.

Tait, Lawson, Hydro-, Pyo- u. Haemato-Salpinx. Med. Times and Gaz. Sept. 6.

Tauffer, Wilhelm, Ueber Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus. Arch. f. Gynäkol. XXIII. 3. p. 367.

Tenneson, Ueber lokale Behandl. d. chron. Metritis. C. r. des acad. et soc. méd. I. 27.

Terrier, F., Uterusfibrome; vereiternde Cyste des Ligam. latum; Hysterektomie; Heilung. C. r. des acad. et soc. méd. I. 30. — Multilokulare Ovariencyste; Ovariotomie; Heilung. L'Union 99.

Thallon, William M., Ueber Abtragung d. Anhänge d. Uterus. Arch. of Med. XII. 1. p. 79. Aug.

Tizzoni, G., Epitheliom mit hyalinen Kugeln u. epitheliales Cylindrom d. Vulva. Arch. per le Sc. med. VII. p. 187.

Tourneux, F., u. Ch. Legay, Ueber d. Entwickelung d. Uterus u. d. Vagina. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XX. 4. p. 330. Juillet—Août.

Valude, E., Epitheliom d. Mamma. Progrès méd. XII. 37. p. 746.

Varnier, Bloslegung d. Vena axillaris nach Exstirpation entarteter Drüsen bei Brustkrebs; Phlebitis; Tod durch purulente Infektion. Progrès méd. XII. 33. p. 667.

Walton, G. L., Ueber Hysterie mit Rücksicht auf d. Oophorektomie. Journ. of nerv. and mental dis. N. S. IX. 3. p. 424. July.

Wartmann, J. Th., Fälle von Ovariotomie. Nederl. Weekbl. 31.

Wathen, W. H., Chron. Inversio uteri. Philad. med. and surg. Reporter LI. 7. p. 175. Aug.

Wells, Spencer, Ueber Abtragung von Abdominalgeschwülsten. Med. Times and Gaz. July 5.

Werth, Zur Lehre von d. Bauchgeschwülsten u. d. Laparotomie. Arch. f. Gynäkol. XXIV. 1. 2. p. 100. 431.

Wiltshire, Alfred, Ueber Haematocele pelvica. Lancet II. 13; Sept.

Zweifel, P., Zur Behandl. d. Blutergüsse hinter d. Gebärmutter. Arch. f. Gynäkol. XXIII. 3. p. 414.

S. a. III. 2. Swiecicki. VIII. 2. a. *Ueber Hysterie.*

X. Geburtshülfe.

Amann, Bericht über d. klin. Abtheilung d. Kreis- u. Lokal-Gebäranstalt zu München vom 1. Jan. bis 1. Aug. 1883. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 28. 29.

Arnold, B., Tetanus nach Abortus. Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 27.

Barbour, A. H. Freeland, Ueber d. Uterus im 3. Geburtsstadium u. in d. ersten Tagen d. Wochenbetts. Edinb. med. Journ. XXX. p. 223. [Nr. 351.] Sept.

Barnes, Raglan W., Blutung nach d. Entbindung. Brit. med. Journ. Aug. 30.

Beaucamp, Ueber Tubo-Ovarialschwangerschaft. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 212.

Bertè, F., u. A. Cuzzi, Zur Anatomie d. Ovarium während d. Schwangerschaft. Riv. clin. XXIII. 7. p. 577. Luglio.

Betty, C., Retention d. Placenta durch spasmod. Contraktion d. Uterus. Gaz. des Hôp. 95.

Beumer u. Peiper, Mittheilungen aus d. geburtshülflichen Klinik u. Poliklinik zu Greifswald (Schieflagen. Geburten alter Erstgebärender. Beckenverengungen. Placenta praevia. Uterusrupturen. Extraktion d. nachfolgenden Kopfes mit d. Zange. Kaiserschnitt. Augenentzündung der Neugebornen. Morbidität u. Mortalität). Arch. f. Gynäkol. XXIII. 3. p. 443.

Bidder, E., Ueber d. Gesundheitsverhältnisse d. Wöchnerinnen im St. Petersburger Gebärstift. Ueber d. Anwendung d. Sublimat als Desinfektionsmittel. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 27.

Bigot, H., Künstliche Frühgeburt im 8. Mon. bei Hydrämie. Gaz. des Hôp. 113.

Boxall, Robert, Blutung während d. Schwangerschaft; Tod d. Fötus; Hemmung d. Entbindung durch d. Todtenstarre d. Fötus. Lancet II. 2; July.

Bumm, E., Ueber d. elektr. Reizbarkeit d. Uterus bei Schwangern, Kreissenden u. Wöchnerinnen. Arch. f. Gynäkol. XXIV. 1. p. 38.

Bumm, E., Zur Aetiologie d. puerperalen Mastitis. Arch. f. Gynäkol. XXIV. 2. p. 262.

v. Campe, Die Behandlung d. Nachgeburtsperiode. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 416.

Christian, E. P., Ueber Placenta praevia. New York med. Record XXVI. 4; July.

Credé u. Colpe, Ueber die Zweckmässigkeit der einseitigen seitlichen Incision b. Dammschutzverfahren. Arch. f. Gynäkol. XXIV. 1. p. 148.

Currie, Andrew S., Ueber Blutung vor der Entbindung. Edinb. med. Journ. XXX. p. 216. [Nr. 351.] Sept.

Davies, Sidney, Akute Inversio uteri. Brit. med. Journ. Aug. 16. p. 320.

Delore, Ueber Eklampsie vom ätiologischen Standpunkte. C. r. des acad. et soc. méd. I. 38.

Elsässer, Max, Sublimatvergiftung im Wochenbett. Gynäkol. Centr.-Bl. VIII. 29.

Eustache, G., Parallele zwischen d. Kaiserschnitt u. d. *Porro*'schen Operation. L'Union 136.

Ford, Alex., Armvorlage bei Zwillingen; spontane Entwicklung. Brit. med. Journ. Aug. 23. p. 361.

Fritsch, Heinr., Grundzüge der Pathologie u. Therapie d. Wochenbetts. Stuttgart. Enke. 8. III u. 200 S. 5 Mk.

Gerhardt, Carl, Geburt bei progressiver Muskelatrophie. Inaug.-Diss. Jena. Neuenhahn. 8. 23 S, 1 Mk.

Ginsburg, M., Echinococcusgeschwulst in der schwangern Gebärmutter; Perforation u. Kranioklase. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 30. p. 322.

Grammatikati, J., Ueber die phosphors. u. schwefels. Verbindungen d. Harns in d. ersten Tagen d. Wochenbetts. Gynäkol. Centr.-Bl. VIII. 30.

Grigg, W. Chapman, Vorzeitige Geburt. Brit. med. Journ. July 5. p. 21.

Grön, K., Fibrom des Uterus mit Extrauterinschwangerschaft. Norsk Mag. 3. R. XIV. 7. Forh. S. 104.

Haidlen, R., Akute Pankreatitis im Wochenbett. Gynäkol. Centr.-Bl. VIII. 39.

Hepburn, W. H., Ueber Puerperalfieber. Philad. med. and surg. Reporter LI. 3. p. 57. July.

Herman, Schwangerschaft b. hochgradiger rhachit. Beckendeformität; *Porro's* Operation; Tod nach 10 Tagen. Med. Times and Gaz. Aug. 16. p. 219.

Hermann, L., Ueber d. Verhalten d. kindl. Brustkastens bei d. Geburt. Arch. f. Physiol. XXXV. 1 u. 2. p. 26.

Hofmeier, J., Fast 7 J. extrauterin getragene, vollkommen entwickelte weibliche Frucht. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 430.

Hülfs- u. Schreibkalender für Hebammen 1885. Herausg. von Dr. *L. Pfeiffer*. 8. Jahrg. (Ausg. A.) Weimar. Böhlau. 8. 139 S. 1 Mk. — für d. Königr. Preussen, herausg. von Dir. Dr. *Abegg*. (Ausg. B.) Das. XXIV u. 139 S. 1 Mk. 20 Pf.

Hun, Henry, Fall von Tubenschwangerschaft. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 98. July.

Jamieson, James, Ueb. Puerperalfieber. Austral. med. Journ. N. S. VI. 6. p. 244. June.

Jamieson, James, Fall von Molenschwangerschaft. Austral. med. Journ. VI. 8. p. 347. Aug.

Judet, A., Ueber Anwendung d. Phosphat-Peptons bei unstillbarem Erbrechen während d. Schwangerschaft. Gaz. des Hôp. 91.

Kidd, George H., Ueber Puerperalfieber. Dubl. Journ. LXXVIII. [3. S. Nr. 152.] Aug. — Brit. med. Journ. Aug. 2. — New York med. Record XXVI. 6; Aug.

Kirkwood, T., Vollständiger Dammriss. Glasgow med. Journ. XXII. 3. p. 204. Sept.

Kroner, Zur Therapie d. puerperalen Uterusruptur. Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 14. p. 173.

Lange, Bericht über die gynäkol. Klinik u. Hebammen-Lehranstalt zu Königsberg in Preussen vom 1. Nov. 1882 bis 31. Oct. 1883. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 35.

Lauenstein, Darmocclusion in Verbindung mit Extrauterinschwangerschaft. Deutsche med. Wchnschr. X. 40. p. 651.

Leopold, Fall von Kaiserschnitt. Berl. klin. Wochenschr. XXI. 32 a. p. 523.

Lomer, a) Ueber Frakturen d. kindlichen Schädels durch d. Zange. — b) Ueber d. heutigen Stand d. Lehre von d. Infektionsträgern bei Puerperalfieber. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 334. 366.

Mc Caw, J. D., Ueber Behandlung d. Blutungen nach d. Entbindung. Brit. med. Journ. Sept. 27. p. 608.

Macdonald, Archibald D., Suppression der Lochien, geheilt nach Anwendung von Condy'scher Flüssigkeit. Brit. med. Journ. Sept. 6. p. 466.

Macdonald, Keith Norman, Ueber Placenta praevia u. deren Behandlung. Edinb. med. Journ. XXX. p. 120. [Nr. 350.] Aug.

Mijnlieff, A., Ueber Anwendung d. Sublimat in d. Geburtshülfe. Nederl. Weekbl. 38.

Moses, Julius, 61 Fälle von Abortus aus d. geburtshülfl. Univ.-Poliklinik zu Breslau mit Bemerkungen über Aetiologie, Symptomatologie u. Therapie. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 37 S. 1 Mk.

Müller, F., Der Kaiserschnitt u. seine Modifikationen. Wien. med. Presse XXV. 35.

Mundé, Paul F., Unterbrechung einer Tubenschwangerschaft durch Galvanismus. New York med. Record XXVI. 13; Sept.

Netolitzky, August, Hebammenwesen u. Geburtstabellen. Wien. med. Presse XXV. 33—37. 39.

Neve, Ernest F., Hirnembolie mit Hyperpyrexie nach d. Wochenbett. Lancet II. 3; July.

Opitz, Ueber d. Begriffe Milch u. Colostrum. Gynäkol. Centr.-Bl. VIII. 33.

Parcels, Walter H., Ueber Puerperaleklampsie. Philad. med. and surg. Reporter LI. 3. p. 60. July.

Parvin, Teophilus, Scharlachfieber im Wochenbett. Amer. Journ. of med. Sc. CLXXV. p. 179. July.

Paul, Max, Ueber puerperale Inversion d. Uterus. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 36 S. 1 Mk.

Pippingsköld, Steinbildung in der Milchdrüse. Finska läkaresällsk. handl. XXVI. 3. S. 204.

Porak, Ueber Naht des Uterus nach Kaiserschnitt. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 29.

Pullin, Bingley, G., Abnorme Kindslage; Missbildungen. Brit. med. Journ. Sept. 6. p. 466.

Regeln, praktische, für Hebammen. Reval. Wassermann. 8. 16 S. 50 Pf.

Regnault, Carl, Ueber d. Wirksamkeit d. heissen Uterusduschen bei Blutungen nach der Entbindung. Gynäkol. Centr.-Bl. VIII. 40.

Reimann, Ueber die Hebammenfrage. Gynäkol. Centr.-Bl. VIII. 32.

Rennert, Extrauterinschwangerschaft im 5. Mon.; Tödtung des Fötus mittels Morphiuminjektion; Heilung. Arch. f. Gynäkol. XXIV. 2. p. 266.

Reynolds H. S., Fall von autogenet. Puerperalseptikämie mit Exacerbationen u. Remissionen; Genesung. Lancet II. 13; Sept.

Rusconi u. Denti, Schwangerschaft im 6. Mon.; Albuminurie; Retinitis auf beiden Seiten; Eklampsie; Mangel einer Niere ohne Veränderungen im Genitalapparate. Gazz. Lomb. 8. S. VI. 30.

Sänger, Ueber Verbesserungen des klassischen Kaiserschnittes. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 32 a. p. 522.

Sänger, Abtragung der linken rudimentären u. schwangern Nebenhornes eines Uterus bicornis 9 Wochen nach dem Tode der 7monatl. Frucht; Versenkung des Stumpfes; Genesung. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 35. p. 563.

Scheef, Fall von Tetanus puerperalis. Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 24.

Schultze, B. S., Unser Hebammenwesen u. das Kindbettfieber. [Samml. klin. Vorträge, herausgeg. von *Rich. Volkmann*. Nr. 247. Gynäkol. Nr. 69.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. gr. 8. 16 S. 75 Pf.

Sell, A., Fall von Eclampsia gravidarum mit Bemerkungen über d. ätiolog. Bedeutung d. Gemüthsbewegungen. Hosp.-Tid. 3. R. II. 35. Vgl. a. 38. S. 903.

Simpson, Alexander Russell, Fall von Hystero-Oophorektomie bei einer Gebärenden. Edinb. med. Journ. XXX. p. 9. [Nr. 349.] July.

Sippel, A., Situs d. Früchte bei Zwillingsschwangerschaft. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 322.

Skinner, Tubenschwangerschaft; Zerreissung d. Eileiterwandung; Blutung; Tod. Progrès méd. XII. 27. p. 549.

Smith, James, Erweiterung des Os uteri bei Behandl. d. Placenta praevia. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 83. [3. S. Nr. 151.] July.

Ssyromjatnikow, J. M., Ueber die fehlerhafte Drehung der Schultern u. des Kopfes bei Scheitellage der Frucht. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 34. 35. 36.

Stadfeldt, A., Zur Behandlung der Nachgeburtsperiode. Wien. med. Presse XXV. 37.

Stockfleth, Fall von Extrauterinschwangerschaft. Tidsskr. f. prakt. Med. IV. 15.

Sutugin, Wassily, Ueber Laparotomie b. Extrauterinschwangerschaft. Gynäkol. Centr.-Bl. VIII. 34.

Svanberg, Albr., Ueber äusserliche Anwendung d. Chloroform bei der Entbindung. Eira VIII. 17.

Szabó, Dionys v., Sublimat in der Geburtshülfe. Gynäkol. Centr.-Bl. VIII. 35.

Taenzer, H., Zur Sublimatfrage. Gynäkol. Centr.-Bl. VIII. 31.

Tait, Lawson, Pathologie u. Behandl. der Extrauterinschwangerschaft. Brit. med. Journ. Aug. 16.

Terrillon, Perinäorrhaphie wegen vollständigen Dammrisses. Bull. de Thér. CVII. p. 11. Juillet 15.

Valenta, Alois, Kaiserschnitt nach *Porro* wegen osteomalac. Beckens; Kind lebend; Tod d. Mutter. Memorabilien XXIX. 5. p. 257.

Veit, J., Die Eileiterschwangerschaft. Ein Beitrag zur Pathologie u. Therapie derselben. Stuttgart. Enke. 8. V u. 67 S. mit 1 Tafel. 2 Mk. 40 Pf. — Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 358.

Verhandlungen der gynäkol. Sektion d. 8. internationalen med. Congresses in Kopenhagen. Bericht von *Sänger*: Arch. f. Gynäkol. XXIV. 2. p. 287. — von *Meyer*: Gynäkol. Centr.-Bl. 36. 37. 38.

Vleminckx, Gebärmutterblutung; Transfusion; Heilung. Presse méd. XXXVI. 29. 30.

Weil, Ch., Extrauterinschwangerschaft. Med.-chir. Corr.-Bl. f. deutsch-amer. Aerzte 18. p. 277.

Werner, Tetanus puerperalis. Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 27.

Winckel, F., Ueber die Bedeutung präcipitirter Geburten für die Aetiologie des Puerperalfiebers. Festschrift, zur Feier seines 50jähr. Doktorjubiläum Herrn Prof. Dr. *Franz Seitz* dargebracht von der med. Fakultät der Universität München am 1. Aug. 1884. München. Druck von R. Oldenbourg. Fol. 104 S.

S. a. VIII. 10. Forster, Thiry. XIII. Ueber *Augenentzündung der Neugebornen.* XVII. 1. *Gerichtliche Geburtshülfe.*

XI. Kinderkrankheiten.

Baginsky, A., Ueber atypische Epithelwucherungen im kindlichen Darmkanal. Deutsche med. Wchnschr. X. 28. p. 444.

Bericht (elfter) über das Kinderspital (Eleonoren-Stiftung) in Hottingen bei Zürich. 1. Jan. bis 31. Dec. 1883. Zürich. Druck von Ulrich u. Co. 8. 20 S. mit 2 Tabellen.

Bode, H. W., Ueber d. Brechdurchfall d. Kinder. Med.-chir. Corr.-Bl. f. deutsch-amerik. Aerzte II. 18. p. 259. Juni.

Camerer, W., Ueber den Stoffwechsel bei Säuglingen. Jahrb. f. Khkde. N. F. XXII. 1 u. 2. p. 106.

Caspary, J., Ueber Dermatitis exfoliativa neonatorum. Vjhrschr. f. Dermatol. u. Syph. XI. 1 u. 2. p. 122.

Cohn, Gustav, Ueber die Malariaerkrankungen im Kindesalter. Inaug.-Diss. Grätz. Breslau. Köhler. 8. 46 S. 1 Mk.

Credé, Ueber Erwärmungsgeräthe für frühgeborne u. schwächliche kleine Kinder. Arch. f. Gynäkol. XXIV. 1. p. 128.

Eröss, Julius, Ueber d. Einfl. d. äussern Temperatur (d. künstl. Erwärmung u. Abkühlung) auf Körperwärme, Puls u. Respiration junger Säuglinge u. über d. prakt. Anwendung d. künstl. Wärme. Ztschr. f. Heilk. V. 4 u. 5. p. 317.

Esmarch's Rathschläge für d. Eltern scrofulöser Kinder. Kiel. Lipsius u. Fischer. 8. 4 S. 20 Pf.

Festschrift zur 50jähr. Jubelfeier d. Kinderheilanstalt zu Dresden am 1. Sept. 1884, veröffentlicht von ihrem Verwaltungsrathe. Dresden. v. Zahn u. Jaensch. gr. 8. 76 S. mit 3 Tafeln. — Inhalt: Geschichtl. Rückblick; von Dr. *Förster*. S. 1. — Die akuten Infektionskrankheiten des Kindesalters; von Dr. *Kraus* u. Dr. *Hirschberg*. S. 15. — Ueber individuelle Prädisposition zur Diphtherie; von Dr. *Unruh*. S. 35. — Ueber d. Verhalten des interponirten Epicondylus internus im Ellenbogengelenk: von Dr. *Sprengel*. S. 55. — Das neue Isolirhaus für Diphtherie u. Scharlach; von Dr. *Förster*. S. 69. — Die Pläne d. Kinderhospitals. S. 77. 2 Mk.

Friedländer, H., Zur Behandl. der Darmkrankheiten d. Säuglingsalters. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 28 S. 1 Mk.

Langgaard, Chr., Ueber Hysterie bei Kindern. Hosp.-Tid. 3. R. II. 38.

Letourneau, Ueber Wesen u. Behandl. d. Oedem d. Neugebornen. C. r. des acad. et soc. méd. I. 37.

Liebig, Hermann v., Ueber d. derzeitigen Stand d. Ernährungsfrage d. Kindes vom Standpunkte d. wissenschaftl. Physiologie. Deutsche med. Wchnschr. X. 39.

Lindenmeyer, Wie ernähren wir unsere Kinder kräftig, gesund u. billig. Stuttgart. Hohl. 8. 17 S. 30 Pf.

Peckham, Grace, Ueber d. anatom. u. physiol. Grundlage d. Kinesio-Neurosen im Kindesalter. Journ. of nerv. and ment. dis. N. S. IX. 3. p. 407. July.

Pfeiffer, Emil, Ueber Pflegekinder u. Säuglingskrippen. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 8. 34 S. 80 Pf.

Pippingsköld, Linimentum saponatum als Stimulans für kleine Kinder. Finska läkaresällsk. handl. XXVI. 3. S. 205.

Reclus, Paul, Ueber Wachsthumsfieber. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 34.

Schmid, Heinrich, Melaena neonatorum. Württemb. Corr.-Bl. LIV. 25.

Schoppe, H., Zur künstl. Ernährung d. Säuglinge in den ersten 3 Lebensmonaten. Experim.-klin. Untersuchungen. Tübingen. H. Laupp'sche Buchh. gr. 8. 82 S.

Strahan, John, Ueber Cholera infantum. Brit. med. Journ. Aug. 23.

Volland, Ueber die Kindersterblichkeit in Davos u. ihre Gründe, nebst Bemerkungen über Rhachitis. Jahrb. f. Khkde. N. F. XXII. 1 u. 2. p. 118.

S. a. IV. Binnie, Liebig, Oliver, Owen, Smith. VIII. 2. a. Köbner, Unruh; 2. b. über *Kinderlähmung*; 2. c. Pippingsköld; 3. a. Madden; 3. c. Dauchez, Michael; 5. Ehebald; 6. Carmichael, Chapin, Comby, Green, Tschernoff; 10. Friedländer, Laurent. IX. Gautier. XII. 1. Shaw; 6. Collier; 7. a. Renssen. XIII. Dehenne, Hilbert, Hirschberg. XIV. 1. Dalby. XVI. Leidesdorf, Strahan.

Vgl. IV. *Milchfrage, Schulhygieine.* VIII. 2. a. *Tuberkulöse Meningitis*; 2. b. *Kinderlähmung*; 3. a. *Diphtherie, Scrofulose, Rhachitis*; 5. *Croup, Keuchhusten*; 9. a. *akute u. chron. Exantheme*; 9. b. *Vaccination*; 10. *syphilitische Affektionen*; 11. *Helminthiasis.* X. *Krankheiten des Fötus u. d. Neugebornen.* XII. 10. *Orthopädie.* XV. *Dentition.*

XII. Chirurgie.

1) *Allgemeines.*

Albert, Ed., Lehrbuch d. Chirurgie u. Operationslehre. 2. Bd. Die chirurg. Krankheiten der Wirbelsäule, der Brust, des Schultergürtels u. der obern Gliedmaassen. 3. Aufl. Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. VI u. 566 S. mit 187 eingedr. Holzschn. 10 Mk.

Albert, Ed., Ueber Lungenchirurgie. Wien. med. Presse XXV. 27. 28.

Antiseptische Chirurgie s. XII. 1. *Chiene, Credé, Esmarch, Fischer, Mikulicz, v. Mosetig-Moorhof*; 4. *Fränkel*; 7. a. *Dziembowski*; 9. *Muelhäuser*; 12. *Batterham, Bruns, Kümmell, Leisrink.* XIII. *Jacobson.* Vgl. a. XIX. 3. *Antiseptische Behandlung.*

Chiene, John, Ueber d. Wirkung d. Spray auf d. Mikroorganismen. Edinb. med. Journ. XXX. p. 108. [Nr. 350.] Aug.

Comte, Ueber Aetherisation vom Rectum aus. Revue méd. de la Suisse Rom. IV. 7. p. 406. Juillet. (Jahrbb. CCIII. p. 155.)

Congress d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie in Berlin. Deutsche med. Wchnschr. X. 30.

Credé, B., Ueber den zweckmässigsten antisept. Verband in d. Privatpraxis. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden 1883—1884. p. 36.

Drainage s. VIII. 2. a. *Fenger;* 5. *Teale;* 6. *Wiedow.* XII. 9. *Lucas.*

Esmarch, Der antiseptische Dauerverband. Wien. med. Presse XXV. 35.

Fischer, E., Die Wundverbände mit Antisepticis. Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Nieder-Oesterr. X. 18. 19.

Friedländer, Rich., Die wichtigsten Leistungen d. Chirurgie in d. byzantinischen Periode. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 33 S. 1 Mk.

Gray, Wellington, Chirurg. Mittheilungen aus d. Jamsetjee Jejeebhoy Hospital in Bombay. Lancet II. 6; Aug.

Herzchirurgie s. XII. 1. *Rose.*

Humphry, G. M., Ueber die Heilung von Wunden u. Frakturen bei alten Leuten. Brit. med. Journ. July 12.

Larynxchirurgie s. XII. 2. *Jones;* 12. *Hahn.*

Lauenstein, Zur Lungenchirurgie. Deutsche med. Wchnschr. X. 35. p. 573.

Lebrun, Alfred, Bericht aus Dr. *van Hoeter's* chir. Abtheilung im Hospital Saint-Jean zu Brüssel im J. 1882. Journ. de Brux. LXXIX. p. 34. Juillet.

Lindh, Alrik, Ueber Operationen u. behandelte Verletzungen im Sahlgren'schen Krankenhause in Göteborg im J. 1883. Eira VIII. 14.

Löwenthal, Wilh., Aethernarkose vom Rectum aus. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 32a. p. 523. (Jahrbb. CCIII. p. 160.)

Lungenchirurgie s. VIII. 5. *Fenger, Porritt, Teale, Thiriar.* XII. 1. *Albert, Lauenstein.*

Mac Cormack, William, Ueber Gastrostomie, Radikalkur d. Hernien u. Thyreoidektomie. Brit. med. Journ. Aug. 2.

Mikulicz, J., Beiträge zur Wundbehandlung. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 35. 36. 37. 39. — Ueber d. Werth d. Jodoform für Wunden in Schleimhauthöhlen. Wien. med. Presse XXV. 36.

von Mosetig-Moorhof, Der Jodoformverband. Deutsche med. Wchnschr. X. 37.

Nasenchirurgie s. VIII. 5. *Bresgen, Hack, Hartmann, Heymann;* 6. *Spencer.* XII. 2. *Chiari, Delstanche, Mackenzie, Moldenhauer, Verneuil, Walsham;* 3. *Walsham;* 8. *Vermyne.*

Nervenchirurgie s. VIII. 2. a. *Reclus;* 2. b. *Tillaux;* 2. c. *Macdougall.* XII. 2. *Tuffier;* 3. *Leflaive;* 12. *Chaput, Krönlein.*

Pérochaud, J., Chirurgische Mittheilungen (Verletzungen, Geschwülste). Progrès méd. XII. 30. 31.

Ratimoff, B., Ueber einige antisept. Substanzen u. deren Werth für d. chirurg. Praxis. Arch. de Physiol. 3. S. IV. 6. p. 142. Août.

Roberts, John B., Ueber Täuschungen in der Chirurgie. Chicago med. Journ. and Examiner XLIX. 1. p. 29. July.

Rose, Edm., Herztamponade. Ein Beitrag zur Herzchirurgie. Leipzig. F. C. W. Vogel. 8. III u. 82 S. 2 Mk.

Rosenbach, Frdr. Jul., Mikroorganismen bei d. Wundinfektionskrankheiten d. Menschen. Wiesbaden. Bergmann. 8. X u. 122 S. mit 5 Tafeln. 6 Mk. — Prag. med. Wchnschr. IX. 39.

Shaw, John A., Ueber Anwend. d. Heftpflasters bei chirurg. Krankheiten der Kinder u. *Churchill's* Fixationsapparat. Med. Times and Gaz. July 19.

Starcke, Aethernarkose vom Rectum aus. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 28. (Jahrbb. CCIII. p. 159.)

S. a. VI. Fiedler. VIII. 2. a. Fenger; 2. b. Roth; 3. a. Bonome; 3. c. Berthod; 10. Picqué. XIX. 3. Lawson, Whitson.

Vgl. I. u. XIX. 2. *Untersuchung von Blut, Harn, Fremdbildungen.* V. 2.; VII.; XIX. 3. *Anästhetika u. ihre Gefahren.* V. 3. *Galvanokaustik.* VIII. 2. c. *Trismus u. Tetanus;* 3. a. *Pyämie u. Septikämie.* XII. 6. *Darmchirurgie;* 9. *Nierenchirurgie.* XIX. 2. *Endoskopie, Laryngoskopie, Rhinoskopie;* 3. *Adspiration, antiseptisches Verfahren, Transfusion.*

2) *Geschwülste und Polypen (Struma).*

Baumgärtner, Zur Cachexia strumipriva. Arch. f. klin. Chir. XXXI. 1. p. 119.

Bayer, Karl, Zur Statistik d. Kiefergeschwülste. Prag. med. Wchnschr. IX. 39.

Beaudoux, Célestin, Perichondrom am Os ilei; Operation. Presse méd. XXXVI. 27.

Blanc, Ed., Ueber fibröse Geschwülste d. Zunge. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 37.

Bonde, Max, Ueber Operation multipler Enchondrome. Inaug.-Diss. Jena. Neuenhahn. 8. 24 S. mit 3 Tafeln. 80 Pf.

Bruns, P., Ueber d. gegenwärtigen Stand d. Kropfbehandlung. [*Volkmann's* Samml. klin. Vorträge Nr. 244. Chir. Nr. 76.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. gr. 8. 20 S. 75 Pf.

Chauvel, Exostose d. Stirnbeins. Gaz. des Hôp. 83. p. 662.

Chiari, Ottokar, Nasenpolyp. (Sonderabdr. d. deutschen Med.-Ztg. Nr. 20.) Berlin. Grosser. 8. 21 S. 30 Pf.

Delstanche, Charles, u. Marique, Primitiver Epithelialkrebs der linken Nasenhöhle. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx X. 3. p. 129. Juillet.

Duplouy, Ueber Behandl. d. Reiskörperchencysten an d. Hand. C. r. des acad. et soc. méd. I. 37.

Gade, F. G., Fall von Chlorom. Norsk Mag. 3. R. XIV. 9. S. 659.

Hahn, Eugen, Grosses Lipoma fibrosum petrificum polyposum mit Elephantiasis der Haut; Operation. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 35.

Humbert, Osteosarkom d. Femur. Gaz. des Hôp. 104.

Hunt, J. Sidney, Cystengeschwulst des Schilddrüsenkörpers. Brit. med. Journ. July 5. p. 20.

Jones, Thomas, Exstirpation des Larynx wegen Epitheliom; Heilung. Lancet II. 5; July p. 191.

Jurasz, A., Zur Lehre von den Kehlkopfcysten. Deutsche med. Wchnschr. X. 39.

Knapp, H., Fall von Elfenbeinexostose der Siebbeinzellen; Exstirpation von d. Augenhöhle aus. Ztschr. f. Ohkde. XIII. 4. p. 307.

Mackenzie, Morell, Ueber Adenoidgeschwülste des Nasenrachenraums. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx X. 3. p. 147. Juillet.

Michaux, Ueber atroph. Scirrhus d. Parotis. Arch. gén. 7. S. XIV. p. 21. Juillet.

Moldenhauer, Ueber d. adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume u. deren operative Behandlung. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 35. p. 563.

Müller, E., Angeborne Makromelie u. Makrochilie (Lymphangioma cystoides). Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 24.

Rupprecht, Kropfoperation u. cerebrale Kachexie. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 59.

Schuchardt, B., a) Zur Casuistik u. Statistik d. Neubildungen in der männl. Brust. — b) Ueber die Ver-

grösserung d. männl. Brüste. Arch. f. klin. Chir. XXXI. 1. p. 1. 59.

Smith, Noble, Ueber Behandl. d. Meningocele. Lancet II. 12; Sept.

Steinbrück, H., Osteofibroid d. Scapula; partielle Exstirpation. Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 26.

Terrillon, Ueber einfache Hypertrophie d. Schilddrüsenkörpers, Kropf u. seine Varietäten. Gaz. des Hôp. 101.

Trélat, Epitheliom d. untern Augenlids. Gaz. des Hôp. 113.

Tuffier, a) Fibromyxom d. Bursa serosa ischiadica. — b) Sarkom d. N. ischiadicus in d. Kniekehle; Resektion d. Nerven. Progrès méd. XII. 27. p. 545. 546.

Valude, E., Sarkom d. Regio subhyoidea; Operation; rascher Tod; Metastasen in den Lungen. Progrès méd. XII. 31.

Verneuil, Nasenrachenpolyp. C. r. des acad. et soc. méd. I. 31. — Ueber Cysten des Oberkiefers. Gaz. des Hôp. 87.

Walsham, W. J., Nasenrachenpolyp. Lancet II. 3; July.

S. a. VIII. 3. b. Griffini. XII. 1. Mac Cormack, Pérochaud.

Vgl. III. 4. *Angeborne Geschwülste.* VIII. 2. d. *Basedow'sche Krankheit;* 3. b. *Krebsgeschwülste.* IX. *Geschwülste u. Polypen der weibl. Genitalien.* XII. 5. *Gefässgeschwülste;* 6. *Polypen d. Mastdarms;* 8. *Knochengeschwülste;* 9. *Geschwülste der Harnblase u. der männl. Genitalien, Polypen d. Harnröhre;* 12. *Operationen wegen Geschwülsten.* XIII. *Geschwülste in der Orbita.* XIX. 2. *Bau u. Klassificirung der Geschwülste.*

3) *Wunden, Brand, Verbrennungen, Erfrierungen.*

Barker, Hospitalbrand in d. Privatpraxis. Med. Times and Gaz. Aug. 9. p. 181.

Beck, B. v., Fälle von Schädelverletzungen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XX. 6. p. 537.

Bouchez, Penetrirende Schusswunde der Brust; Pyopneumothorax; multilokulare Cavernen; Empyem; Heilung. Arch. gén. 7. S. XIV. p. 226. Août.

Brown, Clarence Haig, Abreissung d. Spina anterior sup. ilei durch Muskelgewalt. Brit. med. Journ. Aug. 16. p. 320.

Burman, C. Clark, Unterleibsverletzung; Vorfall u. Verletzung d. Darms; Heilung. Edinb. med. Journ. XXX. p. 124. [Nr. 350.] Aug.

Chauvel, Penetrirende Schusswunde d. Schädels; Fraktur durch Gegenstoss. C. r. des acad. et soc. méd. I. 27.

Conner, P. S., Ueber traumat. Cephalhydrocele. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 103. July.

Desprès, Spontane Gangrän d. Fusses; Amputation d. Schenkels; Heilung. C. r. des acad. et soc. méd. I. 34.

Dubreuilh, a) Symmetr. Gangrän d. Finger; falsches Panaritium d. Flexorensehne. — b) Verletzung der Lunge; Hämato-Pneumothorax; Thorakocentese; Pleurotomie. Gaz. de Par. 27. 38.

Düms, Fälle von Schädelverletzungen. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 36. p. 577.

Girdlestone, Schnittwunde d. Kniegelenks, complicirt mit Scharlachfieber. Austral. med. Journ. N. S. VI. 6. p. 263. June.

Grahamer, Schwere complicirte Kopfverletzung. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 31.

Guermonprez, Uber Abreissung von Körpertheilen durch Maschinen. Arch. gén. 7. S. XIV. p. 33. Juillet. — Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 2. p. 104. Août. Vgl. a. Progrès méd. XII. 39. p. 783.

Guermonprez, Ueber Schnittwunden mit Contusion. Gaz. des Hôp. 103. 108. 111. — Ueber Prognose bei Verstümmelung d. Hand. L'Union 94.

Kirker, Gilbert, Ueber Flintenschusswunden u. ihre Behandlung. Brit. med. Journ. Sept. 6.

Kough, Verletzung d. Unterleibs durch Quetschung; Tod. Lancet II. 7; Aug. p. 277.

Kriekenbreek, C. J., Schussverletzung d. Colon u. d. Basis d. linken Lunge; Heilung. Edinb. med. Journ. XXX. p. 213. [Nr. 351.] Sept. — Med. Times and Gaz. July 26. p. 113.

Leflaive, E., Contusion d. Plexus brachialis mit Obliteration d. Art. axillaris nach Verletzung d. Schulter. L'Union 127.

Machiavelli, Comminutive Schussfraktur d. Schädels mit Hernia cerebri ohne psychische Störungen u. Störung d. Sehvermögens. Gazz. Lomb. 8. S. VI. 31. p. 316.

v. Nussbaum, Bauchverletzungen. (Sonderabdr. d. deutsch. Med.-Ztg. 24. Heft). Berlin. Grosser. 8. 26 S. 60 Pf.

Ormsby, Lambert H., Ueber akute traumat. Malignität. Lancet II. 4; July.

Parkes, Charles T., Gun-shot wounds of the small intestines. Chicago. Cowdrey, Clark and Co. 8. 67 pp.

Prowse, William, Verletzung d. Scrotum u. d. Bauchwand; Heilung. Brit. med. Journ. July 5. p. 20.

Roorda Smit, J. A., Revolverschuss quer durch d. Kopf; Heilung. Nederl. Weekbl. 27.

Saltzman, Operation wegen Contraktur nach Verbrennung. Finska läkaresällsk. handl. XXVI. 3. S. 208.

Thomson, William, Schusswunde d. Kleinhirns. Lancet II. 9; Aug.

Trélat, Zerreissung d. Aponeurose; Muskelhernie. Gaz. des Hôp. 113.

Walsham, W. J., Ueber Behandlung von Deformitäten d. Nase nach Verletzungen. Lancet II. 12; Sept.

S. a. VII. Alberti, Eisler, Fuller, Millot. VIII. 2. b. Guhl; 3. a. Chauveau, Verneuil; 4. Durand-Fardel; 5. Wendriner; 6. Weber. XII. 1. Humphry, Lindh, Mikulicz, Pérochaud; 7. a. Lejars; 8. Winiwarter; 12. Alexander. XVI. Baillarger. XVII. 1. Schjerning.

Vgl. VIII. 2. a. *Affektionen der Nervencentren nach Verletzungen.* XII. 1. *Wundbehandlung im Allgemeinen;* 4. *brandige Entzündung;* 5. *Gefässverletzungen;* 7. a. u. 7. b. *complicirte Frakturen u. Luxationen;* 8. *Knochen- u. Gelenkverletzungen;* 9. *Verletzungen der Harn- u. männl. Geschlechts-Organe.* XVII. 1. *Verletzungen vom forensischen Standpunkte.*

4) *Phlegmonen, Abscesse, Geschwüre, Fisteln, Stenosen, abnorme Trennungen u. Verwachsungen.*

Albrecht, Paul, Der Zwischenkieferknochen u. seine Bezieh. zur Hasenscharte u. zur schrägen Gesichtsspalte. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXI. 1 u. 2. p. 201. — Ueber d. Zahl d. Zähne bei Hasenscharten-Kieferspalten. Chir. Centr.-Bl. XI. 32.

Bouilly, G., Abscess d. *Retzius*'schen Höhle [Präperitonäalhöhle]; spontaner Durchbruch in d. Peritonäalhöhle; plötzl. Tod. Gaz. de Par. 29.

Bouland, Phlegmone d. Bauchwand. Gaz. des Hôp. 78.

Cheesman, William S., Ueber Hasenschartenoperation. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 185. July.

Emmert, Carl, Zur Operation d. eingewachsenen Nagels. Chir. Centr.-Bl. XI. 39. (Jahrbb. CCIII. p. 153.)

Fränkel, Alexander, Ueber Behandlung kalter Abscesse mit Injektion von Jodoformemulsion. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 26. 27. 28.

Goureau, Th., Ueber Behandl. d. Beingeschwüre mit Miniumheftpflaster. Bull. de Thér. CVII. p. 71. Juillet 30.

Herrmann, Erich, Beiträge zur Statistik u. Behandl. d. Hasenscharten. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 50 S. 1 Mk.

Kölliker, H., Zur Zwischenkieferfrage. Chir. Centr.-Bl. XI. 39.

Monod, Ch., Ueber Behandl. d. Hasenscharte. Progrès méd. XII. 36. 37.

Owen, Edmund, Gespaltener Gaumen. Med. Times and Gaz. Aug. 2. p. 149.

Renton, J. Crawford, Fälle von Operation des gespaltenen Gaumens. Glasgow med. Journ. XXII. 2. p. 143. Aug.

Rossbach, M. J., Tracheostenose, bedingt durch im Bindegewebe zwischen Trachea u. Oesophagus liegende Geschwulst. Mon.-Schr. f. Ohkde. u. s. w. XVIII. 9.

Streeter, H. W., Elektrolyse bei Strikturen. New York med. Record XXVI. 4; July.

Trélat, Hasenscharte. Gaz. des Hôp. 96.

S. a. III. 4. Main. V. 3. Meier. VII. Woltering. VIII. 5. Böcker, Teale; 7. Cockle; 9. a. Jaeger; 10. Verneuil. XII. 2. Müller; 8. Godlee, Hill; 9. Dobie, Lucas, Steinbrück.

Vgl. VIII. 7. *Leber-Abscess.* IX. *Abscesse u. Fisteln an den weibl. Genitalien.* XII. 6. *Stenosen u. Fisteln des Oesophagus u. Magendarmkanals*, *Anus praeternaturalis*; 8 u. 9. *Abscesse, Fisteln u. Strikturen an den Knochen, den Harn- u. männl. Geschlechtsorganen.*

5) *Gefässkrankheiten und Aneurysmen.*

Alberti, Unterbindung d. gemeinsamen Schenkelvene am Poupart'schen Band; Heilung. Deutsche Ztschr. f. Chir. XX. 6. p. 463.

Assendelft, E., Erfolgreiche sekundäre Unterbindung beider Femoralgefässe im Adduktorenschlitz wegen Stichverletzung. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 31. 32.

Boissarie, Blutung in d. Palma manus; Nutzen d. hämostat. Pincette. Gaz. des Hôp. 105.

Canizzaro, Raimondo, Subcutane Ligatur der Art. brachialis; Heilung per primam intentionem. Gazz. Lomb. 8. S. VI. 28.

Esler, Robert, Fälle von Phlegmasia dolens an d. rechten Unterextremität. Brit. med. Journ. Sept. 6.

Happel, T. J., Ueber innere Hämorrhoiden u. ihre Behandlung. Philad. med. and surg. Reporter LI. 12. p. 309. Sept.

Maag, H., Fall von tödtl. Blutung aus d. Carotis interna. Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 1. 2.

Monod, Charles, Ueber Behandl. d. Hämorrhoiden mittels gewaltsamer Dilatation d. Sphincter ani. Gaz. des Hôp. 84.

Murgulović, Ljubomir, Drei Fälle von Unterbindung d. Art. femoralis. Inaug.-Diss. Jena. Pohle. 8. 23 S. 75 Pf.

Raye, O'Connell, Fälle von Aneurysmen. Lancet II. 1; July p. 16.

Riegner, Doppelseit. Aneurysma d. Carotis communis, durch Unterbindung beider Carotiden geheilt. Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 18. p. 222.

Tuffier, Venöse Geschwulst in d. Kniekehle. Progrès méd. XII. 31. p. 623.

Wahl, Ed. v., Ueber d. auskultator. Erscheinungen bei Gefässverletzungen u. sogen. traumat. Aneurysmen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXI. 1 u. 2. p. 118.

Washburn, Israel B., Ueber Behandl. d. Hämorrhoiden mittels Injektion. Philad. med. and surg. Reporter LI. 7. p. 174. Aug.

S. a. XII. 3. Leflaive; 6. Berthod. XIII. Coggin.

Vgl. a. VIII. 4. *Ueber Aneurysmabildung, Embolie, Thrombose*; 9. a. *über Nävus.* XII. 2. *Gefässgeschwülste.*

6) *Krankheiten der Zunge, der Speiseröhre, des Magen-Darmkanals, der Leber u. Gallenblase, der Milz, Hernien, innere Einklemmungen (Ileus), Vorfälle.*

Adams, James E., Ueber Behandl. d. Epitheliom d. Anus u. d. untern Theils d. Rectum. Brit. med. Journ. Aug. 16. p. 320.

Ball, Charles B., Ueber Radikalkur d. Hernien mittels Torsion d. Sacks. Brit. med. Journ. Sept. 6.

Banks, W. Mitchell, Ueber Radikalkur d. Hernien. Med. Times and Gaz. July 5. 19.

Berardino, Ueber Darmresektion. La Salute 2. S. XVIII. 25.

Berger, Paul, Darmocclusion durch Verengung des Dünndarms; Anlegung eines künstl. Afters; Tod. Progrès méd. XII. 27. p. 543.

Bergstrand, A., Ileus mit glückl. Ausgange. Eira VIII. 18.

Berthod, Paul, Dreifaches Angiom d. Zunge, behandelt mittels Tannininjektionen u. Thermokauter. Gaz. de Par. 38.

Bouchaud, J. B., Ueber Mechanismus d. Brucheinklemmung. Journ. de Brux. LXXIX. p. 280. Sept.

Bricoult, Alte Inguinalhernie; Einklemmung; progressive, periodisch wiederholte Compression; Heilung. Presse méd. XXXVI. 38.

Browne, J. M., Operative Entfernung von Gallensteinen aus d. Ileum. Proceed. of the naval med. Soc. II. 1. p. 39.

Clutton, H. H., Scrotalhernie; Radikalkur. Med. Times and Gaz. Aug. 30. p. 287.

Collier, Herbert, Akute Intussusception bei einem 18 Wochen alten Kinde; Heilung nach Infusion grosser Wassermengen. Lancet II. 9; Aug.

Courvoisier, Cholecystotomie u. Cholecystektomie. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 15. p. 384.

Esmarch, F., Ueber Exstirpation d. Mastdarms wegen Krebs. Wien. med. Presse XXV. 38.

Finkelstein, Wilhelm, Zur nicht operativen Behandl. eingeklemmter Hernien. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 38.

Fitz, Reginald H., Persistirende omphalo-mesenter. Ueberreste, deren Bedeutung für d. Entstehung von Intestinalduplikation, Cystenbildung u. Obstruktion. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 30. July.

Fulton, Henry D., Darmverstopfung; Heilung. Philad. med. and surg. Reporter LI. 1. p. 6. July.

Gram, N., Fall von Hernia obturatoria. Hosp.-Tid. 3. R. II. 39.

Grégoire, J., Darmvorfall durch einen Anus praeternaturalis; Reduktion; Heilung. Gaz. des Hôp. 97.

Gross, Samuel W., Ueber Behandl. d. Oesophagusstrikturen. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 58. July.

Hacker, Victor v., Pylorusresektion; Heilung. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 29.

Hagen-Torn, O., Ueber d. Mittel zur Vorbeugung von Hernien nach Laparotomien. Chir. Centr.-Bl. XI. 35.

Haynes, W. H., Colotomie in d. linken Inguinalgegend wegen Anus imperforatus. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 174. July.

Helweg, Kr., Offnes Diverticulum ilei; Invagination; Prolapsus; Incarceration. Hosp.-Tid. 3. R. II. 28. S. 705.

Hjort, Narbenstriktur d. Oesophagus, behandelt mittels Gastrostomie u. Erweiterung d. Striktur mittels Elektrolyse. Norsk Mag. 3. R. XIV. 7. Forh. S. 95.

Jones, Thomas, Ueber Gastrostomie. Lancet II. 6; Aug.

Keetley, Zerreissung d. Narbe nach früherer Operation wegen eingeklemmter Hernie; Vorfall von Därmen; Reposition; Heilung. Lancet II. 7; Aug. p. 276.

Lediard, Epiplocele am Nabel; Operation; Heilung. Lancet II. 9; Aug. p. 368.

Löbker, Ueber d. Behandl. gangränöser Hernien. Deutsche med. Wchnschr. X. 29. p. 461.

Macnamara, Charles N., Verschluss d. Oesophagus; Gastrostomie. Lancet II. 4; July.

Majoli, Giuseppe, Darmocclusion in Folge von Einklemmung einer Dickdarmschlinge im Foramen Winslowii. Riv. clin. XXIII. 7. p. 605. Luglio.

Makins, G. H., Künstl. After, behandelt mittels Resektion d. Dünndarms. Brit. med. Journ. Aug. 30.

Munzinger, Walter, Ueber d. neuern Resultate d. Herniotomie, mit besond. Rücksicht auf d. Ergebnisse d. sogen. Radikaloperation. Inaug.-Diss. (Zürich.) Olten. 8. 103 S.

Nairne, J. Stuart, Ueber Abdominalschnitt bei chirurg. Behandl. von Krankheiten d. Bauchorgane. Glasgow med. Journ. XXII. 2. p. 106. 144. 146. Aug.

O'Grady, Fall von Pharyngotomie. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 167. [3. S. Nr. 152.] Aug.

Pozzi, Adenom d. Rectum. C. r. des acad. et soc. méd. I. 27.

Roche, J., Ueber Hernien u. Darmverschluss. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 23. [3. S. Nr. 151.] July.

Roocroft, W. Mitchell, Ueber Radikalkur des Nabelbruchs. Lancet II. 5; July.

Ségond, Ueber Radikalheilung d. Hernien. Gaz. des Hôp. 81.

Shepherd, Francis J., Fehlen d. untern Endes d. Rectum; Durchgang d. Fäces durch d. Penis; Operation; Heilung. Edinb. med. Journ. XXX. p.118. [Nr. 350.] Aug.

Stage, G. G., Fall von Intussusception d. Darms, geheilt durch Irrigation. Hosp.-Tid. 3. R. II. 38.

Stelzner, Fälle von Enterotomie. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden 1883—84. p. 29.

Stocker, Siegfried, Hernioenterotomie wegen Fremdkörper im Bruche. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 17.

Trélat, Eingeklemmte Hernie; Anus praeternaturalis; Heilung. C. r. des acad. et soc. méd. I. 32. — Epitheliom d. Afterschleimhaut. Gaz. des Hôp. 103. — Fälle von Inguinalhernien. Ibid. 108.

Treves, Frederick, Ueber d. Schmerz bei Darmverschluss. Brit. med. Journ. July 12.

Tuffier, Epitheliom d. Zunge; Abtragung d. letztern; Recidiv; Operation; Erstickung durch einen zurückgebliebenen Geschwulstrest bei Verengung d. Pharynx. Progrès méd. XII. 32. p. 647.

Witzel, Oscar, Beiträge zur Chirurgie d. Bauchorgane. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXI. 1 u. 2. p. 139.

S. a. VIII. 6. Sonnenburg. XII. 1. Mac Cormack; 2. Blanc; 4. Bouilly; 11. Mc Lean.

7) *Frakturen und Luxationen.*

a) Frakturen.

Brossard, F., Des fractures du cubitus par cause indirecte et de la fracture du radius par torsion. Paris. J. B. Baillière et fils. 8. 120 pp. avec 4 planches.

Bryant, Fraktur u. Dislokation der Wirbelsäule. Lancet II. 1; July p. 14. — Fraktur der Schädelbasis. Ibid. 8; Aug. p. 318.

Cahn, Léon, Multiple Frakturen d. Beckens u. d. Rippen; Zerreissung d. Blase; Contusion d. Nieren. Progrès méd. XII. 35. p. 704.

Cathcart, Charles W., Ueber d. Mechanismus d. Dislokation d. Clavicula nach abwärts nach Fraktur ihres Schaftes. Brit. med. Journ. Aug. 30.

Demuth, Mehrfache Beckenfraktur. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 33.

Dziembowski, Casimir v., Die Behandlung d. complic. Frakturen mit antisept. Gipsocclusions-Verbänden. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 30 S. 1 Mk.

Godlee, Rickman, Complicirte Fraktur d. Vorderarms; Heilung mit guter Gebrauchsfähigkeit d. Arms. Med. Times and Gaz. Sept. 20. p. 403.

Gosselin, L., Ueber d. Verhalten d. Triceps femoris nach Querfrakturen der Kniescheibe. Arch. gén. 7. S. XIV. p. 129. Août.

Graber, V., Ueber Depression d. Knochens bei Schädelfrakturen. Inaug.-Diss. Breslau 1883. Köhler. 8. 45 S. 1 Mk.

Küster, E., Bruch d. Zahnfortsatzes d. Epistropheus. Arch. f. klin. Chir. XXXI. 1. p. 218.

Lejars, L., Fraktur d. Unterschenkels; Gangrän. Progrès méd. XII. 36. p. 719.

Léonard, Intracapsulare Fraktur d. Schenkelhalses. Progrès méd. XII. 33. p. 667.

Maylard, A. Ernest, Naht d. Patella nach Fraktur. Glasgow med. Journ. XXII. 1. p. 59. July.

Messerer, Otto, Experimentelle Untersuchungen über Schädelbrüche. München. M. Rieger'sche Univers.-Buchhdlg. (Gustav Himmer). gr. 8. 36 S. mit 8 Tafeln. 3 Mk.

Pearson, C. Yelverton, Apparat zur Nachbehandl. b. Fraktur d. Patella. Lancet II. 1; July.

Philippe, Intracapsulare Fraktur d. Schenkelhalses; Heilung mit 1 cm Verkürzung. Gaz. des Hôp. 76. 77.

Picqué, Lucien, Fälle von Fraktur d. Clavicula. Gaz. de Par. 34.

Renssen, W., Vertikale Extension b. Femurfrakturen b. Kindern. Nederl. Weekbl. 35.

Roy, G. C., Schädelfraktur; ausgedehnte Blutextravasation auf d. Dura-mater; Hirncompression; Trepanation; partielle Besserung; Tod. Lancet II. 8; Aug. p. 319.

Thomson, William, Comminutivfraktur d. Tibiaköpfchens. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 202. [3. S. Nr. 153.] Sept.

Tobin, Unvereinigte Fraktur d. Femur. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 170. [3. S. Nr. 152.] Aug.

Valude, E., Fraktur d. Femur; plötzl. Tod; Carcinose d. Eingeweide. Progrès méd. XII. 31. p. 625.

Woodward, J. H., Ueber Behandl. d. complicirten Frakturen d. langen Knochen. Philad. med. and surg. Reporter LI. 9. 10. p. 228. 253. Aug., Sept.

Wright, J. K., Fraktur der Wirbelsäule; Tod. Lancet II. 1; July p. 15.

S. a. X. Lomer. XII. 1. Humphry; 3. Chauvel, Machiavelli.

b) Luxationen.

Alberti, Luxatio humeri erecta. Deutsche Ztschr. f. Chir. XX. 6. p. 475.

Blanc, Ed., Angeborne Luxation im Kniegelenk nach vorn. Gaz. de Par. 28.

Drewitz, Rich., Zur Therapie d. complicirten Luxationen. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 162 S. 1 Mk.

Fabre, Paul, Luxation d. innern Endes d. Clavicula nach oben u. vorn. Gaz. de Par. 32.

Grimm, Zur Casuistik d. Luxationen d. Kniegelenks. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XIII. 7. p. 367.

Pluyette, Traumat. Luxation d. grossen Zehe. Gaz. des Hôp. 106.

Poland, J. Harry, Luxation d. Sternalendes d. Clavicula nach hinten u. oben. Lancet II. 3; July.

Wagner, W., Ueber Halswirbelluxationen. Arch. f. klin. Chir. XXXI. 1. p. 192.

S. a. XII. 7. a. Bryant, Cathcart; 8. Shearer.

8) *Knochen-, Knorpel-, Sehnen-, Muskel- und Gelenk-Krankheiten.*

Barwell, Richard, Ueber chron. Gelenkkrankheiten. Lancet II. 5; Aug.

Bennett, E. H., Excision d. Kniegelenks; bewegl. Gelenk. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 172. [3. S. Nr. 152.] Aug.

Bergmann, A., Ueber akute Osteomyelitis, speciell d. flachen Knochen. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 37. 38.

Bidder, Alfr., Verbesserter Hebelapparat zu allmäl. Streckung contrahirter Knie- u. Ellenbogengelenke. Arch. f. klin. Chir. XXXI. 1. p. 222.

Bidder, A., Ueber zuwartende u. thätig eingreifende Behandlungsweisen d. Gelenktuberkulose. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXI. 1 u. 2. p. 80.

Busch, F., Die Verkürzung ausgewachsener Röhrenknochen. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 37. 38.

Charpentier, Ueber federnde Finger. L'Union 124.

Descroizilles, Arthritis d. Kniegelenks mit Symptomen von Tumor albus. Gaz. des Hôp. 90.

Dornblüth, Otto, Fall von geheilter Ellenbogenankylose. Deutsche med. Wchnschr. X. 33.

Duckworth, Dyce, Ueber d. nosolog. Beziehungen d. chron. rheumat. Arthritis. Brit. med. Journ. Aug. 9.

Ferguson, John, Zerstörung eines grossen Theils d. Femurschaftes durch Nekrose; Heilung. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 181. July.

Gersuny, R., a) Operation b. Contraktur d. Palmaraponeurose. — b) Apparat zur allmäligen Streckung contrahirter Gelenke. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 32. 34.

Godlee, Eiterung in d. Kieferhöhle mit Symptomen von Erkrankung der Stirnhöhle. Med. Times and Gaz. Sept. 27. p. 432.

Grobe, Gust., Ueber d. Resektion d. Fussgelenks. Inaug.-Diss. Jena. Neuenhahn. 8. 20 S. 75 Pf.

Hill, Berkeley, Rotation d. untern Extremitäten nach auswärts mit Richtung d. Fersen nach vorn; mangelhafte Entwicklung d. Kniegelenke; vollständige Herstellung d. Gebrauchsfähigkeit d. Beine. Brit. med. Journ. July 12.

Hill, Berkeley, Eiterung im Antrum Highmori; oberflächl. Kiefernekrose; Ausmeisselung; Heilung. Med. Times and Gaz. Sept. 27. p. 432.

Jalland, Fälle von Excision d. Kniegelenks. Lancet II. 4; July p. 145.

Jones, Sydney, Knöcherne Ankylose d. Unterkiefers; Operation; Heilung. Lancet II. 6; Aug. p. 233.

Israelsohn, D., Synovitis sero-fibrinosa genu dextri mit Bildung von Reiskörpern, b. gleichzeit. fungöstuberkulöser Erkrankung d. Synovialis. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 37.

Knauf, Max, Die operat. Behandlung d. Ankylosen d. Kniegelenks. Inaug.-Diss. Jena. Pohle. 8. 26 S. 75 Pf.

Macnamara, C., Ueber Pathologie u. Therapie d. Osteitis. Brit. med. Journ. July 5.

Maffucci, Angelo, Ueber Absorption d. Gelenke. Il movim. med.-chir. V. 6. 1883. — Arch. per le Sc. med. VII. p. 411.

Malassez u. Galippe, Ueber Aetiologie u. Behandlung d. Osteo-Periostitis d. Zahnalveolen. Gaz. des Hôp. 93.

Norton, Arthur T., Ueber Gelenkerkrankungen mit Ganglienentwicklung in benachbarten Sehnen. Brit. med. Journ. Aug. 30.

Parker, R. W., Chron. Erkrankung d. Kniegelenks; Excision; weiche fibröse Vereinigung; Amputation. Med. Times and Gaz. Sept. 6. p. 321.

Picqué, Lucien, Arthritis fungosa des linken Kniegelenks; tuberkulöse Aushöhlung im untern Femurende; Amputation d. Oberschenkels. Progrès méd. XII. 32. p. 648.

Shearer, Thos. L., Ueber Behandlung d. Distorsionen. Lancet II. 6; Aug.

Sprengel, Die Indikationen zur operativen Eröffnung d. Gelenke wegen nicht tuberkulöser Affektionen. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 77.

Tatham, H. de, Trepanation d. Tibia wegen chron. Osteitis. Brit. med. Journ. Sept. 6. p. 466.

Trélat, a) Hygrom am Knie. — b) Eitrige Entzündung u. Fungositäten im Ellenbogengelenk. Gaz. des Hôp. 96. 103.

Vermyne, J. J. B., Erkrankung d. Os ethmoideum in Folge von chron. Nasenrachenkatarrh; Exophthalmus. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 262.

Verneuil, Ueber ephemere rheumat. Periostitis. C. r. des acad. et soc. méd. I. 39.

Winiwarter, A. v., Defekt d. knöchernen Schädeldaches in Folge einer während d. ersten Lebensjahres erlittenen Verletzung. Arch. f. klin. Chir. XXXI. 1. p. 135.

Wyman, Hal C., Ueber Anwend. d. grünen Blätter von Datura Stramonium b. Behandlung schmerzhafter Gelenkaffektionen. New York med. Record XXVI. 12; Sept.

S. a. III. 4. Robertson. VIII. 5. Lermoyez, Thiriar; 10. Finger, Monastyrski, Virchow. IX. Blanchard. XII. 11. Malthe; 12. Demons.

Vgl. VIII. 3. a. *Rhachitis u. Osteomalacie*; 5. *Ozaena*; 10. *Knochensyphilis*. XII. 2. *Knochengeschwülste*; 3. *Gelenkwunden*; 12. *Resektionen, Amputationen, Exartikulationen, Osteotomien*. XIII. *Affektionen der Knochen der Orbita*. XIV. 1. *Affektionen des Processus mastoideus; Caries b. Ohrenleiden*.

9) *Krankheiten der Harn- und männlichen Geschlechtswerkzeuge.*

Beltzow, A., Zur Regeneration des Epithels der Harnblase. Virchow's Arch. XCVII. 2. p. 279.

Berthod, Paul, Hydrocele; Injektion von Zinkchlorür; rasche Heilung. Gaz. de Par. 31.

Bode, E., Ueber d. primäre Blasencarcinom. Arch. f. Gynäkol. XXIV. 1. p. 69.

Brossard, Ueber solide Geschwülste des Samenstrangs. Arch. gén. 7. S. XIV. p. 267. Sept.

Coulson, Walter, Ueber innere Urethrotomie b. Harnröhrenstrikturen. Brit. med. Journ. Sept. 20.

Dobie, Abscess der Niere; Adspiration; Heilung. Lancet II. 2; July.

Duncan, John, Ueber Behandl. d. traumat. Harnröhrenstrikturen durch Cystotomie oberhalb d. Symphyse. Edinb. med. Journ. XXX. p. 12. [Nr. 349.] July.

Duplouy, Induration d. Corpora cavernosa. C. r. des acad. et soc. méd. I. 37.

Durand-Fardel, R., Harnröhrenverengung; Cystitis chronica; Ueberkleidung d. ganzen Blasenschleimhaut mit einem Ueberzug von Ammoniak-Magnesia-Phosphat. Progrès méd. XII. 32. p. 647.

Garnier, L., Harnstein aus Xanthin. Arch. de Physiol. 3. S. IV. 6. p. 174. Août.

Gattani, Gius., Myxomatöses Rabdoma d. Harnblase. Arch. per le Sc. med. VII. p. 45.

Girou, J., Ueber Sectio hypogastrica. Bull. de Thér. CVII. p. 111. Août 15.

Graham, C. R., Lithotritie nach *Bigelow's* Methode. Lancet II. 4; July.

Hämaturie; Mediansteinschnitt; Abtragung einer krebsigen Geschwulst in d. Blase; Heilung. Med. Times and Gaz. Sept. 27. p. 433.

Harrison, Reginald, Abtragung eines scirrhösen Carcinom d. Prostata. Lancet II. 12; Sept.

Humbert, Veralteter Tripper; Harnröhrenstriktur; Urethrotomia interna. Gaz. des Hôp. 98.

Iversen, Axel, Ueber Sectio alta. Hosp.-Tid. 3. R. II. 28. 29. 30.

Keelan, B. C., Ueber Lithotomie im Hyderabad Civil Hospital. Lancet II. 8; Aug.

Kohn, S., Ein verbessertes Suspensorium. Wien. med. Presse XXV. 38.

Lucas, R. Clement, Perinephrit. Abscess, geheilt durch Drainage. Med. Times and Gaz. July 26.

Madden, Thomas More, Harnincontinenz in Folge von Missbildung. Brit. med. Journ. Sept. 6.

Millet, Hydatidencyste d. Prostata. C. r. des acad. et soc. méd. I. 27.

Muehlhaeuser, Hermann, Ueber Antisepsis b. perinäaler Ruptur der Urethra. Med.-chir. Corr.-Bl. f. deutsch-amerik. Aerzte II. 19. p. 322. Juli.

Nicoladoni, C., Die Torsion des Samenstrangs, eine eigenthüml. Complikation d. Kryptorchismus. Arch. f. klin. Chir. XXXI. 1. p. 178.

Nierenchirurgie s. IX. *Pozzi.* XII. 9. *Dobie, Lucas, Steinbrück.*

Podres, A., Ueber d. Operation callöser Strikturen d. Harnröhre. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 28.

Polaillon, Hämatocele d. Tunica vaginalis. C. r. des acad. et soc. méd. I. 33.

Quinquaud, Ch. E., Ueber Harnretention. Gaz. des Hôp. 98.

Richmond, W. Stephenson, Dilatator für das Präputium. Lancet II. 13; Sept. p. 544.

Roth, M., Der angeborne Defekt d. Präputium. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 18.

Routier, Hämatocele in einer Cyste des Samenstrangs; Operation; Heilung. Progrès méd. XII. 27.

Roy, G. C., Katheterfieber; Tod. Lancet II. 10; Sept. p. 410.

Smith, Noble, Harnincontinenz in Folge von Missbildung. Brit. med. Journ. Sept. 20. p. 561.

Steinbrück, H., Incision eines retroperitonäalen perinephrit. Abscesses. Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 26.

Streeter, H. W., Ueber Elektrolyse b. Harnröhrenstrikturen. New York med. Record XXVI. 9; Aug. p. 250.

Terrillon, Bösartige Geschwulst des Hodens. Progrès méd. XII. 33. — Ueber tuberkulöse Cystitis. Ibid. 38.

Thiry, Harnröhrenverengung; Harninfiltration; Encephaloidkrebs. Presse méd. XXXVI. 37.

Thompson, Henry, Zur Chirurgie d. Harnorgane. Brit. med. Journ. July 5. 12. 19. — Lancet II. 1. 2. 3; July.

Vauthier, Ueber freie Körper in d. Tunica vaginalis. Revue méd. de la Suisse Rom. IV. 7. p. 369. Juillet.

Znamensky, N., Ueber partielle Resektion der Harnblasenwand. Arch. f. klin. Chir. XXXI. 1. p. 148.

S. a. VI. Stoecker. VIII. 8. Steven. IX. Pozzi. XII. 3. Prowse; 6. Shepherd; 7. a. Cahn; 11. Malthe; 12. Trélat.

10) *Orthopädik. Künstliche Glieder.*

Bernard, Walter, Ueber *Sayre's* Gipscorsett. Brit. med. Journ. Sept. 20.

Broca, A., Fall von Pes varus talus. Progrès méd. XII. 39.

Chaput, Pes varus equinus durch Narben bedingt. Progrès méd. XII. 31. p. 624.

Churchill, F., Zur Aetiologie der Rückgratsverkrümmungen. Med. Times and Gaz. Aug. 23.

Drachmann, A. G., Ueber Behandl. d. Skoliose. Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 6. 7. 8. 13. 14. 15. 20.

Iterson, J. E. van, Ueber d. Verhältniss d. Orthopädie zur Wissenschaft, zur Kunst u. zur Gesellschaft. Nederl. Weekbl. 36.

Kjölstad, Thv., Zur orthopädischen Behandlung. Tidsskr. f. prakt. Med. IV. 15.

Lesser, L. v., Ueber Skoliose. Berl. klin. Wochenschr. XXI. 38. p. 614.

Levy, Sigfred, Ueber Behandlung der Skoliose. Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 9. 10. 11. 19.

Lorenz, Adf., Ueber d. operative Orthopädie d. Klumpfusses. (Wien. Klinik Jahrg. 1884. 5. u. 6. Heft.) Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. S. 117—179. 75 Pf.

Macewen, William, Osteotomie wegen Genu valgum. Lancet II. 13; Sept.

O'Sullivan, S., Ueber Behandl. d. Rückgratsverkrümmungen. Brit. med. Journ. Aug. 30. p. 447.

Sayre, Lewis A., Ueber Behandl. d. Rückgratsverkrümmungen. Brit. med. Journ. Aug. 16., Sept. 20.

Terrillon, Pes planus valgus durch Muskelschwäche bedingt mit Schmerz am untern Tibio-Fibulargelenk. Bull. de Thér. CVII. p. 219. 261. Sept. 15. 30.

S. a. VIII. 2. b. Roth; 3. a. Bouloumié. XII. 8. Bidder, Hill.

Vgl. VIII. 3. a. *Osteomalacie, Rhachitis, Scrofulose.* XII. 8. *Contrakturen, Pott'sches Uebel, Osteotomien.* XIX. 3. *Heilgymnastik; Massage.*

11) *Fremde Körper.*

Baumgarten, Glücklich verlaufener Fall von Verschlucken einer grossen Nadel mit einem Knopf. Virchow's Arch. XCVII. 1. p. 49.

De Lisle, S. E., Durchgang eines Löffels u. anderer Fremdkörper durch d. Verdauungskanal. Lancet II. 13; Sept. p. 543.

Flury, Fremdkörper (Heerdenglocke) im Rectum. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 14. p. 355.

Heusser jun., Theodor, Zur Casuistik der Tracheotomie bei Fremdkörpern in d. Luftwegen. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 16.

Keys, E. M., Eindringen eines ausgezogenen Zahns in d. Luftwege; Tracheotomie nach scheinbarem Eintritt d. Todes; Heilung. Philad. med. and surg. Reporter LI. 3. p. 81. July.

Kurz, Edgar, Zur Casuistik d. fremden Körper in d. Luftwegen. Memorabilien XXIX. 6. p. 350.

Mc Lean, Leroy, Erfolgreiche Oesophagotomie zur Entfernung von fremden Körpern. New York med. Record XXVI. 11; Sept.

Malthe, A., a) Pflaumenkern im Larynx. — b) Coxarthrocace; fremder Körper in d. Blase. Norsk Mag. 3. R. XIV. 8. S. 555. 557.

S. a. VIII. 8. Hoffmann. XII. 6. Stocker.

Vgl. a. *Gelenkkörper* XII. 8. *Fremdkörper in den Harnorganen, in d. Augen u. Ohren* XII. 9. XIII. XIV. 1.

12) *Operationen. Instrumente. Verbandlehre.*

Alexander, Wm., Fälle von Trepanation. Med. Times and Gaz. Aug. 2.

Amputation s. XII. 3. *Després;* 8. *Parker, Picqué;* 12. *Dittel, Küster, Müller, Terrillon.*

Batterham, J. W., Holzwolle als Verbandmittel. Brit. med. Journ. July 12. p. 67.

Bruns, Paul, Ueber d. Sublimatverband mit Holzwolle u. d. Princip d. Trockenverbandes. Arch. f. klin. Chir. XXXI. 1. p. 92.

Chaput, Ueber Nervennaht. Arch. gén. 7. S. XIV. p. 205. 333. Août, Sept.

Demons, Ueber Anwendung von Metallspitzen zur Fixirung d. Knochen nach Gelenkresektionen. C. r. des acad. et soc. méd. I. 38.

Dittel, Der Gips-à-jour-Verband f. d. osteoplast. Amputation nach *Pirogoff.* Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 28.

Edwards, A. Rea, Neue Tracheotomie-Kanüle. Lancet II. 13; Sept. p. 544.

Gamgee, Sampson, Herstellung einer Armschlinge aus d. Rockärmel mittels Nadeln. Lancet II. 13; Sept.

Hahn, Eugen, Ueber Kehlkopfexstirpation b. Carcinom. Arch. f. klin. Chir. XXXI. 1. p. 171.

Hofmeier, M., Die Anwendung versenkter Catgutnähte b. plast. Operationen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 328.

Kaarsberg, Hans, Ueber Anwendung von Paquelin's Thermokauterium. Hosp.-Tid. 3. R. II. 37.

Krönlein, U., Ueber eine Methode d. Resektion d. 2. u. 3. Astes d. N. trigeminus unmittelbar am Foramen rotundum u. ovale. Deutsche Ztschr. f. Chir. XX. 6. p. 484.

Kümmell, H., Waldwolle als antisept. Verbandmaterial. Deutsche med. Wchnschr. X. 35.

Küster, E., a) Ueber d. Anwendung versenkter Nähte, insbesondere bei plast. Operationen. — b) Neue Amputationsmethode im Mittelfuss. Arch. f. klin. Chir. XXXI. 1. p. 126. 217.

Leisrink, H., Der Moosfilz-Verband. Deutsche med. Wchnschr. X. 34.

Mac Munn, James, Neue Form d. Naht. Lancet II. 13; Sept. p. 544.

Meyerson, S., Ueber d. Hindernisse b. d. Entfernung d. Trachealkanüle. Wien. med. Presse XXV. 27. 28. 29. 30.

Mottais, Ueber d. chirurg. Nagel u. dessen Anwendung. C. r. des acad. et soc. méd. I. 37.

Müller, Thdr., Statistik der Amputationen der k. chirurg. Klinik zu Breslau vom J. 1877 bis März 1884. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 65 S. 1 Mk.

Newton, C. B., Ueber d. chirurg. Armamentarium. Philad. med. and surg. Reporter LI. 7. p. 169. Aug.

Paracentese d. Abdomen s. VIII. 6. *Geraghty.*

Schlesinger, Ueber Tonsillotomie u. Blutungen b. derselben. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden 1883—1884. p. 17. 18.

Sexton, Samuel, Tonsillotom. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 321.

Sprengel, Otto, Operationstisch mit Abflussvorrichtung. Chir. Centr.-Bl. XI. 30.

Terrillon, Ueber d. Indikationen d. Amputationen im Verlaufe d. purulenten Infektion. Gaz. des Hôp. 79.

Thermokaustik s. XII. 5. *Berthod;* 12. *Kaarsberg.*

Thorakocentese, Thorakotomie s. VIII. 5. *Guinard, Potain.* XII. 3. *Dubreuilh.*

Tracheotomie s. VIII. 3. a. *Passavant;* 5. *Lermoyez.* XII. 11. *Heusser, Keys;* 12. *Edwards, Meyerson.*

Trélat, Ueber Osteotomie. C. r. des acad. et soc. méd. I. 32.

Trepanation s. VIII. 2. b. *Macewen.* XII. 7. a. *Roy;* 8. *Tatham;* 12. *Alexander, Wiesmann.* XIV. 1. *Lippincott.*

Wiesmann, Paul, Ueber d. modernen Indikationen zur Trepanation, mit besonderer Berücksichtigung d. Blutungen aus der Art. meningea media. Inaug.-Diss. (Zürich.) Leipzig. Druck von J. B. Hirschfeld. 8. 225 S. mit 2 Tafeln. — Deutsche Ztschr. f. Chir. XXI. 1 u. 2. p. 1.

S. a. VIII. 11. Puky. XII. 2. Jones; 7. a. Dziembowski.

Vgl. VIII. 3. b. *Operationen wegen Krebs.* IX. *Amputation der Brust, Ovariotomie, Laparotomie, Operationen bei Verschluss der Vagina, bei Fisteln, Vorfall des Uterus u. der Vagina, Polypen, Fibromen, Exstirpation des Uterus, Perinäorrhaphie.* X. *Kaiserschnitt.* XII. 1. *Antiseptische Chirurgie, Verfahren zur Blutsparung, Nervenchirurgie, Lufteintritt in die Venen, Transplantation, Drainage;* 2—11. *Operationen wegen den einzelnen Abschnitten angehöriger Krankheiten.* XIX. 2. *Endoskopie, Laryngoskopie, Rhinoskopie;* 3. *Adspiration, Transfusion.*

XIII. Augenheilkunde.

Alexander, Genuine Tuberkulose der Iris u. des Corpus ciliare. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 161. Juni.

Arlt, Ferd., Zur Lehre vom Glaukom. Wien. Braumüller. 8. 42 S. mit 12 eingedr. Holzschn. u. 6 Taf. 6 Mk.

Artigalas, C., Zur Semiologie d. Blutungen im Augengrund. Ann. d'Oculist. XCI. [13. S. I.] 5 et 6. p. 237. Mai—Juin.

Baas, J. Herm., Amaurose in Folge einer ganz geringfügigen Verletzung des obern linken Augenlides. Klin. Mon.-Bl. f. Ahkde. XXII. p. 280. Aug.

Badal, Elfenbeinexostose d. Stirnbeins, d. Orbita ausfüllend; Operation; Heilung mit Erhaltung d. Auges u. d. Sehvermögens. Ann. d'Oculist. XCIV. [13. S. II.] 1 et 2. p. 20. Juillet—Août.

Baer, Oswald, Ueber Gesichtsfeldmessung u. deren allgem. diagnost. Bedeutung. [*Volkmann's* Samml. klin. Vortr., Nr. 246; innere Med. Nr. 86.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. gr. 8. 32 S. 75 Pf.

Berger, E., Ueber Netzhautablösung. (Sonderabdr. d. deutsch. Med.-Ztg. Nr. 18.) Berlin. Grosser. 8. 11 S. 20 Pf.

Berger, E., a) Membrana pupillaris perseverans eines Auges; Schichtstaar beider Augen. — b) Fadenförm. Trübung d. hintern Linsenkapsel. Klin. Mon.-Bl. f. Ahkde. XXII. p. 281. 284. Aug.

Bericht über die Leistungen u. Fortschritte der Augenheilkunde im 1. Quartal 1884; von *H. Magnus; C. Horstmann; A. Nieden.* Arch. f. Ahkde. XIV. 2. p. 177. 204. 225.

Bernheimer, Stef., Zur Kenntniss d. Nervenfaserschicht d. menschl. Retina. (Sitzber. d. k. Akad. d. Wiss.) Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 6 S. 20 Pf.

Beselin, Otto, Ueber Refraktion u. Grundlinie d. Augen u. über d. dynam. Verhältnisse d. lateral wirkenden Augenmuskeln b. Mädchen von 5 bis 18 Jahren. Arch. f. Ahkde. XIV. 2. p. 132.

Bjerrum, Jannik, Untersuchungen über d. Lichtsinn u. d. Raumsinn b. verschied. Augenkrankheiten. Arch. f. Ophthalmol. XXX. 2. p. 201. (Jahrbb. CCI. p. 71.)

Bödtker, Fr. E., Eisensplitter im Glaskörper, entfernt mittels d. Magneten. Norsk Mag. 3. R. XIV. 9. S. 654.

Bowen, Aubrey, Fall von sympath. Ophthalmie. Austral. med. Journ. N. S. VI. 6. p. 252. June.

Burchardt, M., Beitrag zur Anatomie des Chalazion. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 229. Aug.

Burnett, Jas. Compton, Die Heilung d. Staares auf arzneil. Wege. Uebers. von Dr. *H. Goullon.* Leipzig. Baumgärtner. 8. V u. 87 S. 1 Mk. 20 Pf.

Burnett, Swan M., Ueber d. Theorien d. Farbenperception. Amer. Journ. of med. Sc. N. S. CLXXV. p. 70. July.

Calderone, Giovacchino, Temporäre Amaurose auf beiden Augen in Folge von Erschütterung d. Retina. Riv. clin. XXIII. 7. p. 623. Luglio.

Castorani, Raffaele, Memoria sulla cura dell' ectropio cicatriziale (autoblefaroplastia). Napoli. Tipogr. Fratelli Piscopo. 8. 31 pp. con 34 tavole.

Coggin, David, Pulsirender Exophthalmus; Unterbindung d. linken Carotis communis; Tod. Arch. f. Ahkde. XIV. 2. p. 172.

Cohn, Karl, Fall von Scleritis syphilitica. Wien. med. Presse XXV. 28.

Cornwell, Henry G., Gemischte Dermoidcyste d. Orbita. Arch. f. Ahkde. XIV. 1. p. 120.

Da Gama Pinto, Ueb. d. Vorkommen von Karyokinese in d. entzündeten Bindehaut d. Menschen. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 97. April—Mai.

Dehenne, A., Ueber Glaukom b. Kindern u. b. Erwachsenen. L'Union 132.

Dimmer, F., a) Zur patholog. Anatomie d. Chorioidea. — b) Ueber angeb. Anomalien d. Auges. Arch. f. Ahkde. XIV. 1. p. 43. 54.

Dobrowolski, W. J., Ueber d. Unterschied in d. Farbenempfindung b. Reizung d. Netzhaut an einer ein-

zigen Stelle oder an mehrern Stellen. Petersb. med. Wochenschr. N. F. I. 39. p. 398.

Dransart, a) Ueber Behandl. d. Netzhautablösung u. der fortschreitenden Myopie mit Iridektomie, Sklerotomie u. Pilocarpin. — b) Ueber d. Beziehungen zwischen Netzhautablösung, Myopie u. Glaukom. Ann. d'Oculist. XCII. [13. S. II.] 1 et 2. p. 30. Juillet—Août.

Ewetzky, Th., Ueber eine noch nicht beschriebene Anomalie d. retinalen Venenpulses. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 167. Juni.

Falchi, F., Ueber d. Erzeugung d. Epithel d. vordern Linsenkapsel bei Erwachsenen im gesunden u. kranken Zustande. Arch. per le Sc. med. VII. p. 209.

Gnauck, Rudolf, Ueber Augenstörungen b. multipler Sklerose. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 27.

Goldzieher, W., Lymphadenitis conjunctivae. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 193. Juli.

Grossmann, L., Zur Diagnostik d. Augenkrankheiten mit Bezug auf Lokalisation von Cerebrospinalleiden. [Wien. Klinik X; Oct.] Wien. Urban u. Schwarzenberg. gr. 8. S. 253—286. 75 Pf.

Grünhagen, A., u. Rud. Cohn, Ueber d. Ursprung der pupillendilatirenden Nerven. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 165. Juni.

Haab, Ueber d. Flimmerskotom. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 16.

Haltenhoff, G., Ueber Conjunctivitis gonorrhoica ohne Inoculation. Arch. f. Ahkde. XIV. 1. p. 103.

Higgens, C., Konische Cornea an beiden Augen. Lancet II. 4; July p. 144. — Fälle von Kataraktextraktion. Ibid. 13; Sept. p. 542.

Hilbert, Richard, Ueber eine eigenthüml. Form von Lidhautgangrän b. Kindern. Vjhrschr. f. Dermatol. u. Syph. XI. 1 u. 2. p. 117.

Hippel, A. v., Ueber Jequirity-Ophthalmie. Arch. f. Ophthalmol. XXX. 2. p. 283.

Hirschberg, J., Ueber gonorrhoische Bindehautentzündung b. Kindern. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 33. — Entfernung eines Eisensplitters mittels des Magneten. Das. 38.

Hirschberg, J., u. A. Birnbacher, Beiträge zur Pathologie d. Sehorgans. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 200. Juli.

Hock, Neuere Beobachtungen über Neuritis retrobulbaris peripherica. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 107. April—Mai.

Horner, Ueber Netzhautablösung. Schweiz. Corr.-XIV. 16. p. 406.

Hotz, F. C., Ueber d. Einfl. d. Lesens auf d. Augen d. Kinder. Chicago med. Journ. and Examiner XLIX. 1. p. 10. July.

Jacobson, J., Ueber d. Abhängigkeit d. Farbensinnstörungen von Krankheiten d. Retina u. d. Nervus opticus. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 289. Oct.

Jacobson sen., Präparator. Iridektomie u. antisept. Behandlung. Arch. f. Ophthalmol. XXX. 2. p. 261.

Jany, Ueber d. Verhalten d. Hebammen b. Blennorrhoea neonatorum. Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 14. p. 173.

Johansson, J. E., Ueber den Farbensinn in der nächsten Umgebung d. blinden Flecks. Upsala läkarefören. förh. XIX. 7. S. 491.

König, Arthur, u. Conrad Dieterici, Ueber d. Empfindlichkeit d. normalen Auges f. Wellenlängen-Unterschiede d. Lichtes. Arch. f. Ophthalmol. XXX. 2. p. 171.

Königstein, L., Der gegenwärt. Stand unserer Kenntniss von d. Blennorrhoea neonatorum. Wien. med. Presse XXV. 31. 32. 33. 35. 36.

Kuhnt, Hermann, Ueber Heilung tiefer, zur Perforation neigender Hornhautgeschwüre durch conjunctivale Deckung. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 27.

Laker, Karl, Augenaffektion durch Blitzschlag. Arch. f. Ahkde. XIV. 2. p. 161.

Landesberg, M., Ueber d. Auftreten von Myopie während der senilen Staarbildung. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 101. April—Mai. — Zur Behandlung d. Ulcus serpens u. d. Ulcus profundum corneae. Ibid. p. 267. Sept.

Leopold u. Wessel, Zur Aetiologie u. Prophylaxe d. Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. Arch. f. Gynäkol. XXIV. 1. p. 89.

Lindemann, Fall von artificieller Augenkrankheit. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XIII. 9. p. 451.

McGregor-Robertson, J., Ablösung d. Retina b. einem 70 J. alten Manne; totale Blindheit; Heilung durch *Wolfe's* Operation. Med. Times and Gaz. Sept. 27.

McKeown, W. A., Ueber Behandl. d. unreifen Staars. Brit. med. Journ. Aug. 2.

Magnus, Ueber d. Verhütung d. Blennorrhoea neonatorum u. der sich daraus entwickelnden Blindheit. Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 14. p. 172.

Makrocki, F., Anomalien d. Iris. Arch. f. Ahkde. XIV. 1. p. 73.

Manz, W., Ueber Conjunctivitis crouposa. Arch. f. Ahkde. XIV. 1. p. 63.

Martin, Georges, a) Ueber astigmat. Keratitis. — b) Ueber astigmat. Blepharospasmus. Ann. d'Oculist. XCI. [13. S. I.] 5 et 6. p. 209. 231. Mai—Juin; XCII. [13. S. II.] 1 et 2. p. 37. Juillet—Août.

Mauthner, Historische Notiz in Betreff d. Lehre vom Leuchten d. Augen. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 257. Sept.

Mayerhausen, G., Ueber Chromatokinopsien. Arch. f. Ahkde. XIV. 1. p. 31.

Mayerhausen, G., Ueber eine subjektive Erscheinung b. Betrachtung von Contouren. Arch. f. Ophthalmol. XXX. 2. p. 191.

Mayerhausen, G., Eine ophthalmo-philologische Bemerkung. Klin. Mon.-Bl. f. Ahkde. XXII. p. 331. Sept.

Mayerhausen, G., Vorschlag zur Bezeichnung d. Augenspiegel, sowie der optischen Spiegel überhaupt. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 36.

Millingen, Contraktion d. MM. recti interni mit Myosis. L'Union 131.

Minor, James L., Fall von Gumma d. Augenbindehaut. Arch. f. Ahkde. XIV. 2. p. 174.

Mooren, A., Hauteinflüsse u. Gesichtsstörungen. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 8. 55 S. 1 Mk. 60 Pf.

Motais, Ueber Anatomie u. Physiologie d. Tenon'schen Kapsel. C. r. des acad. et soc. méd. I. 37.

Mules, P. H., Stahlsplitter im Glaskörper; Entfernung mit Erhaltung des Sehvermögens. Brit. med. Journ. Aug. 23. p. 361.

Nieden, A., Fall einer Sympathicusaffektion im Gebiete des Auges. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 153. Juni. — Anwendung der Galvanokaustik in der Augentherapie. Wien. med. Presse 36.

Nordman, G. A., Cataracta Morgagni (hypermatura fluida) mit wasserklarer Cortikalflüssigkeit. Arch. f. Ahkde. XIV. 2. p. 165.

Pflüger, E., Metastat. Sarkom d. Chorioidea. Arch. f. Ahkde. XIV. 2. p. 129.

Picqué, Lucien, Contusion d. Auges durch einen Faustschlag; sofort. Verlust d. Sehvermögens; Fehlen von entzündl. Erscheinungen. Progrès méd. XII. 33. p. 664.

Purtscher, O., Casuistische Beiträge zum Vorkommen der Diphtheritis conjunctivae in Oetserreich. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 260. Sept.

Ramboldi, Roberto, u. Pietro Boggi, Ueber Jequirity. Ann. univers. Vol. 269. p. 97. Agosto.

Remak, a) Colobom d. Sehnerven. — b) Colobom der Macula lutea. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 225. Aug.; p. 275. Sept.

Risley, S. D., Ueber recurrirende Iritis u. deren Beziehungen zur Erkrankung d. Chorioidea. Philad. med. and surg. Reporter LI. 5. 6. p. 113. 145. 150. Aug.

Rosmini, Giovanni, Ueber d. Augenheilanstalt zu Mailand. Gazz. Lomb. 8. S. VI. 34.

Rübel, Traumatischer pulsirender Exophthalmus. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 293. Oct.

Sachs, Theod., Glaukom erzeugt durch Homatropin. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 271. Sept.

Schaefer, H., Anatomische Beschreibung eines Auges mit Iridochorioideitis suppurativa. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 203. Juli. — Ueber Tuberkulose d. Auges. Klin. Mon.-Bl. f. Ahkde. XXII. p. 307. Sept.

Schenkl, Behandlung d. Trachoms mit Jequirity. Prag. med. Wchnschr. IX. 29. — Bericht über d. im J. 1883 im poliklin. Institute d. deutschen med. Fakultät in Prag behandelten Augenkranken. Das. 37. 38. — Ueber Strabismus. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 39.

Schirmer, Rud., Zur Geschichte d. Hypermetropie. Arch. f. Ophthalmol. XXX. 2. p. 185.

Schöler, Essentielle Schrumpfung d. Bindehaut. Deutsche med. Wchnschr. X. 27. p. 431. — Berl. klin. Wchnschr. XXI. 33. p. 533.

Seggel, Ueber normale Sehschärfe u. d. Bezieh. d. Sehschärfe zur Refraktion. Arch. f. Ophthalmol. XXX. 2. p. 69.

Sewall, Henry, Ueber d. physiolog. Wirkung von durch die Sklerotika in d. Auge fallendem Licht. Journ. of Physiol. V. 3. p. 132.

Steffan, Ph., Das Verhältniss d. Pemphigus conjunctivae zur sogen. essentiellen Schrumpfung d. Bindehaut. Klin. Mon.-Bl. f. Ahkde. XXII. p. 271. Aug.

Stood, Fälle von Amaurose b. Schädelmissbildung. Klin. Mon.-Bl. f. Ahkde. XXII. p. 248. Juli. — Missbildungen d. Sehnervenpapille. Das. p. 285. 334. Aug., Sept.

Story, John B., Beiderseit. Neuritis optici mit Paralyse beider NN. olfactorii. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 78. [3. S. Nr. 151.] July.

Tangemann, C. W., Ueber Conjunctivitis. Therap. Gaz. N. S. V. 9; Sept.

Tartuferi, Ferrucio, Ueber d. Karyokinese d. Bindehautepithels. Centr.-Bl. f. prakt. Ahkde. VIII. p. 231. Aug.

Thompson, J. L., Cystengeschwulst d. Orbita, durch Elektrolyse beseitigt; Herstellung d. Sehvermögens. Arch. f. Ahkde. XIV. 2. p. 170.

Vacher, Louis, Ueber Astigmatismus als Urs. von Katarakte. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 28.

Van Duyse, Spät eintretende Panophthalmie nach Kataraktoperation. Ann. d'Oculist. XCII. [13. S. II.] 1 et 2. p. 44. Juillet—Août.

Vossius, Die entzündlichen Affektionen d. Orbita. [Sonderabdr. d. deutsch. Med.-Ztg. 21. Hft.]. Berlin. Grosser. 8. 7 S. 20 Pf.

Waldhauer sen., C., Sympath. Ophthalmie. Klin. Mon.-Bl. f. Ahkde. XXII. p. 243. Juli.

Warlomont, Ueber d. Provincial-Augen-Institute in Belgien u. d. internationale Augen-Institut in San Remo. Ann. d'Oculist. XCI. [13. S. I.] 5 et 6. p. 195. Mai—Juin.

Webster, David, Enucleation eines staphylomatösen Augapfels wegen sympath. Irritation u. Verkalkung d. Cornea. New York med. Record XXVI. 4; July.

Webster, David, Synchysis scintillans. Arch. f. Ahkde. XIV. 1. p. 126.

Wecker, L. de, Ueber Behandl. mit Jequirity u. ihre angebl. Gefahren. Ann. d'Oculist. XCII. [13. S. II.] 1 et 2. p. 5. Juillet—Août. — Indikationen u. Contraindikationen für Jequirity. Arch. f. Ahkde. XIV. 1. p. 95.

Wicherkiewicz, B., 6. Jahresbericht über die Wirksamkeit d. Augen-Heilanstalt für Arme in Posen St. Martin Nr. 6 f. d. J. 1883. Posen, Wiesbaden. Bergmann. 8. 39 S. 1 Mk.

Widmark, Johan, Bakteriolog. Untersuchungen über d. purulente Conjunctivitis. Hygiea XLVI. 9. Svenska läkaresällsk. förh. S. 159.

Wiethe, Theodor, Ueber Skleralstaphylome in d. Maculagegend. Arch. f. Ahkde. XIV. 1. p. 11.

Wolfe, J. R., Ueber Kataraktoperation. Med. Times and Gaz. Aug. 16. — Ablösung d. Retina. Glasgow med. Journ. XXII. 2. p. 140. Aug.

Zehender, W., Vierspiegel-Apparat zur Bestimmung d. Convergenzwinkels d. Gesichtslinien. Klin. Mon.-Bl. f. Ahkde. XXII. p. 231. Juli.

Zimmermann, C., Nachtblindheit durch miasmat. Einflüsse b. 4 Kindern derselben Familie. Arch. f. Ahkde. XIV. 2. p. 169.

S. a. I. König, Kolbe, Weber. III. 2. Matthiesen; 3. Oughton, Zenner; 4. Pflüger. VIII. 2. a. West; 2. b. Möbius; 3. c. Ashby; 3. e. Landsberg; 9. a. Brunn; 10. Widmark. X. Beumer. XII. 2. Trélat; 8. Vermyne. XIV. 1. Vermyne. XVI. Westphal.

XIV. Gehör- und Sprachheilkunde.

1) *Ohrenkrankheiten.*

Andrews, Instrument zur Einblasung in d. mittlere Ohr. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 320.

Bacon, Gorham, Chron. eitr. Mittelohrentzündung, complicirt mit Facialislähmung, Uebelkeit, Erbrechen, Unsicherheit im Gange u. bedeutender Schwerhörigkeit. Ztschr. f. Ohkde. XIII. 4. p. 292.

Bericht über die Fortschritte u. Leistungen der Ohrenheilkunde von *H. Steinbrügge* u. *A. Hartmann*. 1. Hälfte d. J. 1884. Ztschr. f. Ohkde. XIII. 4. p. 328.

Blake, Clarence J., u. G. L. Walton, Ueber Ohrenaffektionen b. Hysterie. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx X. 4. p. 203. Sept.

Blau, Louis, a) Isolirte krampfhafte Contraktionen d. Muskulatur d. Ohrmuschel. — b) Morbillen; Diphtherie d. äussern Gehörganges; Diphtheritis faucium. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 33.

Blose, J. U., Entfernung eines fremden Körpers aus d. Ohr nach 15 J.; Wiederherstellung d. Hörvermögens. Philad. med. and surg. Reporter LI. 7. p. 194. Aug.

Brandeis, Richard C., Behandlung d. eitrigen Mittelohrerkrankungen mit Boroglycerid. Ztschr. f. Ohkde. XIII. 4. p. 299.

Brunner, Gustav, Zur diagnost. Verwerthung d. Verhältnisses zwischen Luft- u. Knochenleitung, sowie d. quantitativ veränderten Perception d. hohen gegenüber d. tiefen Tönen. Ztschr. f. Ohkde. XIII. 4. p. 263.

Buck, Albert H., Jodkalium oder Jodnatrium in grossen Gaben b. plötzl. Taubheit wahrscheinl. syphilit. Ursprungs. New York med. Record XXVI. 10; Sept. — Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 243.

Bürkner, K., Bericht über d. Poliklinik f. Ohrenkranke in Göttingen im J. 1883. Arch. f. Ohkde. XXI. 2 u. 3. p. 169.

Burckhardt-Merian, Ueber Hörprüfungen. Schweiz. Corr.-Bl. XIV. 17. p. 431.

Burnett, Charles H., Reflektor. Ohrensymptome b. Nasenrachenkatarrh; objektive Geräusche. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 273.

Dalby, W. B., Ueber Erziehung unheilbar tauber Kinder. Brit. med. Journ. July 12.

Dubranle, A., Ueber Ersatz d. Gehörs b. Tauben durch Ablesen von d. Lippen. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx X. 4. p. 244. Sept.

Eitelberg, A., Zur Behandlung d. Otorrhöe mit Sublimatlösung. Wien. med. Presse XXV. 33.

Gottstein, J., Die Anwendung d. Calomels in d. Behandl. d. Otorrhöe. Ztschr. f. Ohkde. XIII. 4. p. 318.

Hessler, Zur operativen Behandlung d. Eiterung im Warzenfortsatz. Arch. f. Ohkde. XXI. 2 u. 3. p. 105.

Howe, Lucien, Othämatom b. einem geistig Gesunden, behandelt mittels Injektion von Secale. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 289.

Kipp, Charles F., Geschwülste an d. Ohrmuschel. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 286. — Fälle von Erkrankung d. nervösen Gebilde d. Gehörorgans. Ztschr. f. Ohkde. XIII. 4. p. 283.

Kirchner, Ueber Cholesteatom d. Schläfenbeins. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 4.

Knapp, H., Ueber d. Indikationen f. d. Eröffnung d. Proc. mastoideus. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 209.

Ladreit de Lacharrière, Ueber d. verschied. Arten subjektiver Geräusche u. ihre Behandlung. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx X. 4. p. 214. Sept.

Lippincott, J. A., Mastoiditis interna chronica mit Sclerosis; Trepanation; Heilung. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 218.

Loewenberg, Methode, d. Wirkung d. Politzer'schen Verfahrens auf ein Ohr zu lokalisiren. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 37.

Lucae, Ueber subjekt. Gehörsempfindungen. Arch. f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abth.) 3. p. 301.

Macdougall, Aymer R., Ueber d. Einfl. d. Otitis media acuta auf d. Respiration. Edinb. med. Journ. XXX. p. 199. [Nr. 351.] Sept.

Meyer, Wilhelm, Ueber d. Wesen d. chron. Trommelhöhleneiterung. Arch. f. Ohkde. XXI. 2 u. 3. p. 149.

Moos, S., u. H. Steinbrügge, Untersuchungsergebnisse von 4 Felsenbeinen zweier Taubstummen. Ztschr. f. Ohkde. XIH. 4. p. 255.

Nathan, Johannes S., Ueber d. Vorkommen von Tuberkelbacillen b. Otorrhöe. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. 5. p. 491.

Neve, Arthur, Erkrankung d. Zellen d. Proc. mast.; Incision; Heilung. Lancet II. 12; Sept. p. 493.

Oehme, W., Ueber eine Missbildung am Gehörapparate. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 99.

Schwartze, H., Die chirurg. Krankheiten des Ohres. (Deutsche Chirurgie, herausg. von Proff. *Billroth* u. *Luecke*. 32. Lief. 1. Hälfte.) Stuttgart. Enke. 8. 240 S. mit zahlr. Holzschn. u. Taf. 6 Mk.

Seely, W. W., Behandl. d. Otitis media suppurativa mittels Jequirity. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 295.

Setterblad, G., Fall von Ohrenerkrankung. Hygiea XLVI. 9. Svenska läkaresällsk. förh. S. 164.

Sexton, Samuel, a) Sarkom d. Ohrmuschel. — b) Einfl. d. Reizung von den Zähnen aus auf das Ohr. — c) Wasserstoffsuperoxyd b. Behandlung d. purulenten Entzündung d. Ohrs. — d) Pulverinsufflator. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 311. 312. 318. 320. — e) Ueber d. menschl. Ohr u. dessen Krankheiten. New York med. Record XXVI. 1. 5. 6. 7; July, Aug.

Steinbrück, H., Reflexneurose vom Ohr ausgehend. Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 26.

Sutphen, T. Y., Fälle von Caries d. Schläfenbeins mit tödtl. Ausgange; Eröffnung d. Paukenhöhlendaches. Ztschr. f. Ohkde. XIII. 4. p. 292.

Tangeman, C. W., Resorcin b. Ohrenkrankheiten. Therap. Gaz. N. S. V. 8; Aug.

Theobald, Verbesserung d. Nasenendes am Politzer'schen Ballon. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 319.

Todd, Chas. A., Nekrose d. rechten Labyrinths; Facialparalyse derselben Seite. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 301.

Vermyne, J. J. B., Myxofibrom an d. Schädelbasis; Blindheit; später Taubheit; Zerstörung d. Labyrinths. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 280.

Voltolini, Ueber Tuberkelbacillen im Ohre. Deutsche med. Wchnschr. X. 31.

Williams, Cornelius, Primäre Periostitis des Warzenfortsatzes. Ztschr. f. Ohkde. XIII. 3. p. 291.

Woakes, Edward, Umschriebene Caries als häufige Urs. hartnäckiger Otorrhöe. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx X. 3. p. 125. Juillet.

S. a. XII. 2. Mackenzie, Moldenhauer.

2) *Stimm- und Sprachfehler.*

Clarke, F. D., Ueber Uebung d. Gehörs b. Taubstummen. Transact. of the Amer. otol. Soc. III. 3. p. 304.

Taubstummheit s. XIV. 1. *Dalby, Moos.* XVI. *Knapp.*

Vgl. a. VIII. 2. a. *Aphasie;* 5. *Affektionen des Larynx u. d. Nase.* XII. 2. *Geschwülste u. Polypen des Larynx.*

XV. Zahnheilkunde.

Monatsschrift, deutsche, f. Zahnheilkunde, red. von *Robert Baume.* II. Jahrg. 7; *Juli: Goebel.* Aus d. Praxis. S. 279. — *Schwartzkopff.* Ueber d. Erweiterung d. Kieferbogens mittels *Coffin's* Expansionsplatten. S. 284. — *Hesse.* Das zahnärztl. Institut d. Universität Leipzig. S. 292. — *Tierney.* Der Titel „Doctor of Dental Surgery“ in Europa. S. 293. — *Wellauer.* Die Zähne des Rindes u. deren Substanzen (Entgegnung). S. 296. — 8; *Aug.: Schlenker.* Ueber die Verwendbarkeit des Krystallgoldes als Füllmaterial. S. 317. — *Schmidt.* Ueber d. physiol. Wirkung d. Chloroform. S. 320. — Ueber Arsen. S. 333. — 9; *Sept.*: *Morgenstern.* Ueber d. Ursprung d. bleibenden Zähne. S. 365.

Quinby, Zahnärztl. Praxis. Deutsch bearb. von Prof. *L. Hollaender.* Leipzig. Felix. 8. V u. 165 S. mit 87 eingedr. Holzschn. 4 Mk. 50 Pf.

Sewill, Henry, Ueber Verhütung d. Zahncaries. Lancet II. 10; Sept.

Söeberg, E. A. Th., Ueber verschied. Arten von Zahnschmerzen. Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 12.

v. Stoffella, Fälle von Dentinneubildung in Folge von Trigeminusneuralgie. Wien. med. Presse XXV. 31. 32. 34.

S. a. XII. 2. Bayer; 4. Albrecht; 8. Malassez; 11. Keys. XIX. 2. Miller.

XVI. Medicinische Psychologie und Psychiatrik.

(Trunksucht.)

Baillarger, Ueber schieferfarbige Färbung d. Gehirns bei allgem. Paralyse u. deren Beziehung zu Eschara am Sacrum. Ann. méd.-psychol. 6. S. XII. 1. p. 14. Juillet.

Bigot, Dementia, wahrscheinl. syphilit. Ursprungs. Ann. méd.-psychol. 6. S. XII. 1. p. 59. Juillet.

Boubila, Ueber die Irrenanstalten in Schweden, Norwegen u. Dänemark. Ann. méd.-psychol. 6. S. XII. p. 235. Sept.

Bourneville u. Budor, Geistige Instabilität mit Perversion d. Instinkte. Progrès méd. XII. 34. 35.

Briand, Marcel, Ueber Bakterien im Blute bei akutem Delirium. Ann. méd.-psychol. 6. S. XII. 1. p. 103. Juillet.

Campbell, J. A., Ueber offene Thüren in Irrenanstalten. Journ. of mental Sc. XXX. p. 197. July.

Chapman, T. A., Ueber die Heilungsstatistik in Irrenanstalten. Journ. of mental Sc. XXX. p. 210. July.

Christian, J., Ueber diagnost. Schwierigkeiten bei allgem. Paralyse. Ann. méd.-psychol. 6. S. XII. 1. p. 38. Juillet.

Crothers, T. D., Ueber Behandl. d. Trunksucht. Philad. med. and surg. Reporter LI. 3. p. 61. July. — Ueber akute impulsive Trunksucht. New York med. Record XXVI. 11; Sept.

Eickholt, Zur Kenntniss d. Dementia paralytica. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 33.

Engelken, H., Zur Behandl. der Psychoneurosen in d. Familie u. über Opium. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 77.

Ewart, C. Theodore, Akute Manie, behandelt mit Hyoscyamin. Lancet II. 7; Aug.

Fox, Bonville Bradley, Exaltation bei chron. Alkoholismus. Journ. of mental Sc. XXX. p. 233. July.

Fraenkel, Zur Statistik d. progress. Paralyse d. Frauen. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 167.

v. Gellhorn, Ueber Anwendung d. Hydrotherapie bei Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 129.

Hasse, Ueber Irrenanstalten. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 54.

Hervouet, Untersuchungen über d. Nervensystem eines Idioten; Anomalien d. Windungen; Entwicklungshemmung d. Pyramidenbündel d. Rückenmarks. Arch. de Physiol. 3. S. IV. 6. p. 165. Août.

Hjertström, Ernst, Rückblick auf d. psychiatr. Literatur Schwedens im J. 1883. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 158.

Hitzig, E., Ueber subnormale Temperaturen der Paralytiker. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 34.

Hocheder, Ueber Stupor u. Katatonie. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 40.

Höstermann, C. E., Ueber Zwangsvorstellungen. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 19.

Holsti, Akute Manie mit plötzlichem Tod. Finska läkaresällsk. handl. XXVI. 3. S. 196.

Jastrowitz, Ueb. Zwangsvorstellungen. Deutsche med. Wchnschr. X. 31. 32.

Irrengesetzgebung in Frankreich. Ann. méd.-psychol. 6. S. XII. 1. p. 63. Juillet.

Kéraval, Ueber die Wirkung des Paraldehyd bei Geisteskranken. Ann. méd.-psychol. 6. S. XII. p. 259. Sept.

Kirk, Robert, Fälle von sporad. Kretinismus in Schottland. Lancet II. 8. 9; Aug.

Kirn, Trunksucht u. Dipsomanie. Deutsche med. Wchnschr. X. 34.

Knapp, B., Bericht über d. Besuch von Idioten- u. Taubstummen-Anstalten in Skandinavien u. Norddeutschland. Wien. Braumüller. 8. III u. 94 S. mit 8 Tafeln. 3 Mk.

Knecht, Ungewöhnlich lange Dauer eines epilept. Dämmerzustandes. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 135.

Köhler, Vierjähriger Bericht über d. Irrenanstalt Colditz mit der Meierei Zschadras von 1880 bis mit 1883. Colditz. Druck von Bruno Heinke. 8. 27 S.

Kratter, Julius, Der alpine Cretinismus, insbesondere in Steiermark. Graz. Leuschner u. Lubensky. 8. 32 S. mit 2 Tafeln. 1 Mk.

Kraussold, Carl, Melancholie u. Schuld. Psycholog. u. psychiatr. Betrachtungen. Stuttgart. Enke. 8. 77 S. 2 Mk.

Langwieser, K., Zur physiolog. Erklärung des Bewusstseins. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 1.

Leidesdorf, Max, Ueber psychische Störungen im Kindesalter. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 26. 27.

Lewis, W. Bevan, Posthemipleg. Hemichorea mit Geistesstörung. Journ. of mental Sc. XXX. p. 256. July.

Lucaszewski, J., Fall von frischer Melancholie, durch Morphiuminjektionen geheilt. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 173.

Lunier, Zur Statistik d. Geisteskranken in Frankreich von 1835—1882. Ann. méd.-psychol. 6. S. XII. p. 193. Sept.

Madden, T. More, Ueber Zunahme der Geistesstörungen u. Reform der Irrengesetze. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 74. [3. S. Nr. 151.] July.

Mc Dowall, T. W., Angeborner geistiger Defekt mit Verdachtsdelusionen bei Zwillingen. Journ. of mental Sc. XXX. p. 262. July.

Motet, Anwend. d. graph. Methode bei cyklischer Geistesstörung. Ann. méd.-psychol. 6. S. XII. 1. p. 104. Juillet.

Newington, H. Hayes, Ueber die Prognose bei Geistesstörungen. Journ. of mental Sc. XXX. p. 223. July.

Otto, Cysticerken bei Geistesstörung. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 111.

Pfeilsticker, Ueber Entstehungsursachen u. Bekämpfung des Idiotismus u. Kretinismus in Deutschland. Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 23.

Presl, F., Die Ueberbürdung d. Schüler an höhern Lehranstalten u. die Irrenstatistik. Wien. med. Presse XXV. 31.

Régis, Ueber d. Heredität bei allgem. Paralyse. C. r. des acad. et soc. méd. I. 38.

Robertson, Alexander, Einseitige Hallucinationen. Glasgow med. Journ. XXII. 1. p. 63. July.

Savage, Geo. H., Allgemeine Paralyse mit Pachymeningitis. Journ. of mental Sc. XXX. p. 261. July. — Zur Pathologie der Geistesstörung. Brit. med. Journ. Aug. 2.

Siemens, F., Absolute Carenz eines Paranoischen. Neurol. Centr.-Bl. III. 18.

Snell, Die krankhaften Sensationen als Symptome der Geistesstörung. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 70.

Ssikorsky, Ueber d. Erscheinungen d. partiellen Bewusstseins. Neurol. Centr.-Bl. III. 16. p. 378.

Strahan, S. A. K., Akute Manie bei einem 13jähr. Knaben. Journ. of mental Sc. XXX. p. 251. July.

Tuczek, Franz, Beiträge zur pathol. Anatomie u. zur Pathologie d. Dementia paralytica. Berlin. Aug. Hirschwald. gr. 8. 151 S. mit 2 Tafeln. 6 Mk.

Westphal, Allgemeine Paralyse mit spinaler Erkrankung u. Erblindung. Deutsche med. Wchnschr. X. 30. p. 475.

Willett, Ueber unvermuthete Heilung von Geistesstörung. Journ. of mental Sc. XXX. p. 247. July.

Wolff, G., Gutachten über einen Geisteskranken. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XLI. 1. p. 67. Juli.

Zambaco, Ueber religiöse Exaltationen im Orient. Progrès méd. XII. 39.

Zinn, Ueber d. beabsichtigte Erweiterung d. öffentlichen Irrenpflege d. Provinz Brandenburg. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 139.

S. a. VIII. 2. a. Rey, Viret, Voisin. XIV. 1. Howe, Sexton. XVII. 1. Bernheim, Falk, Schule. XIX. 2. Sell.

Vgl. III. 3. *Lokalisation der Hirnfunktionen.* VIII. 2. a. *Hypnotismus, animalischer Magnetismus, Transfert, Tabes*; 2. c. *Epilepsie u. Irrsein*; 3. a. *Alkoholismus.* X. *Puerperalmanie.* XVII. 1. *Zweifelhafte Seelenzustände in Bezug auf Zurechnungsfähigkeit, Ehescheidung, Selbstmord, geisteskranke Verbrecher.*

XVII. Staatsarzneikunde.

1) *Im Allgemeinen.*

Alphand, Ueber Organisation d. öff. Gesundheitswesens in Frankreich. Revue d'Hyg. VI. 7. p. 611. Juillet.

Badik, Johann, Eintheilung d. Verbrecher in 4 Typen. Virchow's Arch. XCVII. 2. p. 254.

Berlingeri; Ramaroni u. Stoupy, Gerichtsärztl. Gutachten über d. Todesursache bei leichter Verletzung. Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 3. p. 258. Sept.

Bernheim, Simulation u. Einbildung. Gaz. des Hôp. 78.

Edholm, Ueber Samaritervereine. Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 16.

Estradère, Ueber gerichtsärztl. Thätigkeit der Landärzte. Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 2. p. 174. Août.

Falk, F., Ueber einige Anklagen wegen Sittlichkeitsverbrechens. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie XLI. 1. p. 119.

Fielitz, Leben ohne Athmen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XLI. p. 72. Juli.

Finlayson, James, Todtenstarre, 15 Min. nach d. Tode. Brit. med. Journ. Sept. 6. p. 466.

Flindt, Nicolay, Ueber d. Studium d. gerichtl. Medicin in Frankreich in d. Gegenwart. Hosp.-Tid. 3. R. II. 36.

Frigerio, L., Mord; mikroskop.-chem. Blutuntersuchung. Gazz. Lomb. 8. S. VI. 32. 33.

Frölich, H., Reichsgerichtl. Entscheidungen als Beiträge zur gerichtl. Medicin. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XLI. 1. p. 142. Juli.

Jacobs, Kann jeder Arzt durch Gerichtsvollzieher-Ladung zur Vornahme einer gerichtl. Obduktion gezwungen werden? Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XLI. 1. p. 94. Juli.

Liersch, Ueber Armenkrankenpflege im Allgemeinen u. im Regierungsbezirk Frankfurt a. O. im Besondern. Cottbus. B. Jaeger (H. Differt's Buchh.). 8. 44 S. 75 Pf.

Loeser, Erstickungstod oder Verblutung aus der nicht unterbundenen Nabelschnur. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XLI. 1. p. 80. Juli.

Majer, Carl, Statistik der zur Ausübung d. Heilkunde nicht approbirten Personen in Bayern. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 37.

Martin, Aloys, Das Civil-Medicinalwesen im Königreiche Bayern. Vollständ. Sammlung aller hierauf bezügl. u. zur Zeit geltenden Reichs- u. Landes-Gesetze, Verordnungen, Entschliessungen, sowie der dazu gehörigen Instruktionen u. oberrichtl. Erkenntnisse. I. Band. München. Theodor Ackermann. gr. 8. III u. 844 S. 16 Mk.

Maschka, Jos., Gerichtsärztliche Mittheilungen. (Osteomyelitis u. Periosteitis maligna mit tödtl. Ausgange. — Verletzungen d. Schädelknochen, anfangs mit geringen Symptomen; fast plötzl. tödtl. Ausgang. — Mit mehrfachen Verletzungen aufgefundene beraubte Leiche; Mord oder Selbstmord? — Angebl. Erwürgung eines neugeb. Kindes. — Gutachten über aufgefundene Knochen.) Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XLI. 1. p. 1. Juli.

Munro, A. Campbell, Ueber Anzeige bei Infektionskrankheiten. Lancet II. 1. July.

Nobiling, Alfred, Der patholog.-anatom. Befund bei d. Erstickungstode d. Neugebornen u. seine Verwerthung in ger.-med. Beziehung. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 38. 39. 40.

Pellacani, Paolo, Ueber Todtenstarre. Ann. univers. Vol. 269. p. 171. Agosto.

Pohl, H., Tod durch Hyperämie d. Gehirns u. der Lungen in Folge von akutem Darmkatarrh bei allgemeiner Anämie; gerichtsärztl. Untersuchung. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 32.

Rocher, Georges, Ueber d. Abgabe ärztlicher Todeszeugnisse an Lebensversicherungsgesellschaften. Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 1. p. 44. Juillet.

Schjerning, Ueber d. Tod in Folge von Verbrennung u. Verbrühung vom gerichtsärztl. Standpunkte. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XLI. 1. p. 24. Juli.

Schule, Die Ernährungsweise d. arbeitenden Klassen in d. Schweiz u. ihr Einfluss auf d. Ausbreitung des Alkoholismus. Bern. Dalp. 8. 39 S. 60 Pf.

Stizenberger, Zum Anzeigeverfahren bei ansteckenden Krankheiten. Aerztl. Mittheil. aus Baden XXXVIII. 16.

Vleminckx; Laroche; Stiénon; J. B. Depaire u. H. Bergé, Fall von Mord. Journ. de Brux. LXXIX. p. 144. 266. Août, Sept.

Weiss, J., Die Geistesstörung u. d. Ehescheidungsgesetz in Frankreich. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 38.

White, Ernest W., Wiederbelebung u. Genesung nach Scheintod in Folge von Erhenken. Lancet II. 10. Sept.

S. a. III. 3. Gendre. IV. Baer, Panum. XIII. Lindemann, *über Blennorrhoea neonatorum.* XIX. 3. Lawson, Whitson.

Vgl. IV. *Sanitätspolizei.* V. 1. *Arzneitaxe, Apothekerwesen, Handverkauf von Arzneimitteln, Geheimmittel.* VI. *Beaufsichtigung d. Heilquellen.* VII. *Vergiftungen.* VIII. 3. a. *Gelbfieber, Hydrophobie, Milzbrand, Pest, Rotz*; 9. b. *Pockenhospitäler, Vaccination*; 10. *Vaccinasyphilis, Prophylaxe d. Syphilis*; 11. *Trichinose.* X. *Hebammenbildung, Gebärhäuser, Asphyxie d. Neugebornen.* XI. *Kinderhygieine, Kindersterblichkeit.* XIII. *Prüfung des Sehvermögens, Farbenblindheit, Augenentzündung der Neugebornen.* XIV. 1. *Prüfung des Hörvermögens*; 2. *Taubstummheit.* XVI. *Fürsorge für d. Irren u. Trinker, Trunksucht.* XVIII. *Uebertragbare Thierkrankheiten.* XIX. 1. *Ausbildung d. Aerzte, ärztliche Standesinteressen, Vivisektion*; 2. *Ehen unter Blutsverwandten, Gewerbekrankheiten, plötzliche Todesfälle, Krankenpflege u. Hospitäler, Absonderung ansteckender Kranker, Beurtheilung d. Leichenerscheinungen*; 4. *Erkrankungs- u. Sterblichkeits-Statistik.*

2) *Militärärztliche Wissenschaft.*

Antiseptik im Kriege. Wien. med. Presse XXV. 34. (milit.-ärztl. Ztg.)

Aubert, Statist. u. med. Studien über d. Rekrutirung im Departement Calvados. Bull. de l'Acad. 2. S. XIII. 33. p. 1071. Août 12.

Cammerer, Zur Frage von d. Dienstbeschädigung bei Pneumonie u. Tuberkulose. Deutsche milit.-ärztl. Ztschr. XIII. 9. p. 435.

van den Corput, Ueber Feldlazarethe. Journ. de Brux. LXXIX. p. 252. Sept.

Derblich, Erinnerungen aus d. italien. Feldzug 1859. Militärarzt XVIII. 17.

Frölich, H., Beitrag zur Literatur über milit.-ärztl. Erziehungswesen. Militärarzt XVIII. 12. 13. — Zur Literatur d. Militär-Medicin. Wien. med. Presse 31. 33. 34. (milit-ärztl. Ztg.)

Frölich, H., Ueber künstl. Beleuchtung in militär. Unterkünften. Militärarzt XVIII. 17. 18.

Gurlt, E., Die Genfer internationale Conferenz d. Vereine vom rothen Kreuze. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 39.

Körting, Ueber d. Ergänzung u. Ausbildung des Sanitätspersonals d. französ. Armee. Deutsche milit.-ärztl. Ztschr. XIII. 7. p. 341.

Krohn, Ueber eine neuerbaute Kaserne. Finska läkaresällsk. handl. XXVI. 3. S. 201. 210.

Lesser, L. v., Ueber d. ersten Verband auf dem Schlachtfelde. Arch. f. klin. Chir. XXXI. 1. p. 85.

Maillot, J. F., Ueber d. Morbidität u. Mortalität d. Heeres in Frankreich u. Algerien. Gaz. des Hôp. 76.

Militärärzte u. Sanitätspersonal in Russland. Wien. med. Presse XXV. 39. (milit.-ärztl. Ztg.)

Pelzl, Otto, Der Einfl. d. Unterabtheilungscommandanten auf d. Gesundheitspflege. Militärarzt XVIII. 14. 15.

Roth, Wilhelm, Jahresbericht über d. Leistungen u. Fortschritte auf dem Gebiete d. Militär-Sanitätswesens. IX. Jahrgang. Bericht f. d. J. 1883. [Suppl.-Bd. zur deutschen milit.-ärztl. Ztschr.] Berlin. Mittler u. Sohn. gr. 8. XI u. 262 S. 6 Mk.

Roth, W., Die militärärztl. Fortbildungscurse für d. 12. (kön. sächs.) Armeecorps in d. Winterhalbjahren 1882—83 u. 1883—84. Deutsche milit.-ärztl. Ztschr. XIII. 9. p. 453.

Sanitäts-Bericht, statist., über d. k. preuss. Armee u. das XIII. k. Würtemb. Armeecorps für d. Rapportjahr vom 1. April 1881 bis 31. März 1882. Berlin. Mittler u. Sohn. 4. IV u. 121 S. u. 83 S. Tab. mit 22 bildl. Darstellungen. 5 Mk. 50 Pf.

Schaffer, Ludwig, Ueber d. ersten Verband d. Soldaten. Militärarzt XVIII. 12.

Schmidt, Rudolf, Ventilation für Lazarethzüge. Deutsche milit.-ärztl. Ztschr. XIII. 8. p. 381.

Ulmer, Ueber d. sanitären Verhältnisse d. Truppen im bosnischen Occupationsgebiete. Militärarzt XVIII. 14. 15. 16.

Young, Peter Alexander, Ueber militär. Organisation d. freiwilligen Krankenpflege. Edinb. med. Journ. XXX. p. 115. [Nr. 350.] Aug.

Zemanek, Adf., Werth u. Bedeutung d. Militär-Sanitäts-Statistik. Wien. Perles. 8. 68 S. 2 Mk.

S. a. VIII. 3. d. Hüeber; 3. f. Cunéo; 5. Riebe. XII. 3. Kirker. XIII. Lindemann.

Vgl. a. VIII. 9. *Vaccination.* XII. 1. *Antiseptische Chirurgie*, *Blutsparung;* 3. u. 7. *Schussverletzungen.* XIII. *Contagiöse Augenentzündung.* XIII. u. XIV. 1. *Prüfung des Seh- u. Hörvermögens.* XVII. 1. *Simulation.*

XVIII. Thierheilkunde u. Veterinärwesen.

Bang, B., Die Strahlenpilzerkrankung (Aktinomykosis). Ztschr. f. Thiermed. u. vgl. Pathol. X. 4. p. 249.

Baron, Ueber d. Einfluss d. Nahrung d. Kühe auf die Zusammensetzung der Milch. Revue d'Hyg. VI. 7. p. 590. Juillet.

Bericht über d. Veterinärwesen im K. Sachsen f. d. J. 1883. 28. Jahrg. Dresden. Schönfeld. 8. 167 S. mit 1 Tafel. 3 Mk. 50 Pf.

Fröhner, Eugen, Ueber Hornsäulen. Ztschr. f. Thiermed. u. vgl. Pathol. X. 4. p. 272.

Gagny, a) Ueber d. elast. Ligatur in d. Veterinärchirurgie. — b) Castration d. Hausthiere. C. r. des acad. et soc. méd. I. 39.

Gibier, Paul, Experimentaluntersuchungen über Hundswuth. Gaz. des Hôp. 86. — L'Union 122.

Girard, Ch., Ueber Fütterung d. Milchkühe. Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 3. p. 228. Sept.

Grassl, W., Zur Aetiologie d. Rotzkrankheit. Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Nieder-Oesterr. X. 14. 15.

Hink, Aug., Seuchen u. Seuchenpolizei. Währschaftsgesetzgebung u. Gewährfehler. Mit Anhang, enth.: das Reichsseuchengesetz vom 23. Juni 1880, die Artikel 1641—1649 d. französ. Civilrechts u. d. badische Währschaftsgesetz. Bremen. Heinsius. 8. IV u. 132 S. 2 Mk. 50 Pf.

Jahresbericht d. königl. Thierarzneischule zu Hannover. 16. Ber. 1883/84. Hannover. Schmorl u. v. Seefeld. 8. III u. 141 S. mit eingedr. Fig. 4 Mk.

Imlach, Francis, Ueber d. Uebertragbarkeit d. Tuberkulose vom Rind auf junge Thiere durch d. Milch. Brit. med. Journ. July 26.

Johne, Ueber Trichinosis u. Aktinomykosis bei Schweinen. Ztschr. f. Thiermed. u. vgl. Pathol. X. 4. p. 280.

Mühlig, Syngamus bronchialis. Ztschr. f. Thiermed. u. vgl. Pathol. X. 4. p. 265.

Nielsen, L., Ueber d. Castration von Spitzhengsten (Kryptorchiden). Ztschr. f. Thiermed. u. vgl. Pathol. X. 5 u. 6. p. 351.

Nörner, C., Ueber d. Staatsgestüte in Oesterreich-Ungarn. Ztschr. f. Thiermed. u. vgl. Pathol. X. 5 u. 6. p. 380.

Ogston, Frank, Scharlachfieber b. einem Canarienvogel. Brit. med. Journ. Sept. 27.

Pasteur, Ueber Prophylaxe d. Hundswuth. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 33. — Deutsche med. Wchnschr. X. 33. — Wien. med. Presse XXV. 35.

Pütz, H., Ueber d. Milzbrandimpfung *Pasteur's.* (Vorträge f. Thierärzte 7. S. 1. Heft.) Leipzig. Dege. 8. 27 S. 1 Mk.

Roloff, F., Thierärztliche Gutachten, Berichte u. Protokolle. Berlin. Hirschwald. 8. VII u. 204 S. 5 Mk.

Seifert, Ueber Geflügeldiphtheritis. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzburg 4. 5.

Siedamgrotzky, O., u. V. Hofmeister, Anleitung zur mikroskop. u. chem. Diagnostik d. Krankheiten d. Hausthiere.. 2. Aufl. Dresden. Schönfeld. 8. IV u. 227 S. mit 56 eingedr. Holzschn. 4 Mk. 50 Pf.

Tright, J. van, Eine pseudotuberkulöse Form d. Lungenwurmkrankheit bei Schaf u. Rind. Ztschr. f. Thiermed. u. vgl. Pathol. X. 5 u. 6. p. 371.

Vorträge f. Thierärzte, red. von Prof. Dr. *O. Siedamgrotzky.* 5. S. 8.—12. Heft. Leipzig 1883. Dege. gr. 8. (*Plaut*, Das organisirte Contagium d. Schafpocken u. d. Mitigation dess. nach *Toussaint's* Manier. — *Grünwald*, Experiment. Beitrag zur Lehre über einige Contagien. — *Brümmer*, Die Dauer, Erkennung u. Regelwidrigkeiten d. Trächtigkeit, sowie d. Behandlung d. trächtigen Hausthiere.) — 6. S. 12 Hefte. (*Tappe*, Der Lungenbrand d. Pferde. — *Molkentin*, Zur Sicherstellung d. Diagnose d. occulten Rotzes. — *Schneidemühl*, Die Lupinenkrankheit d. Schafe. — *Krajewski*, Ueber d. Wirkungen d. gebräuchlichsten Antiseptika auf einige Contagien. — *Warrikoff*, Ueber d. Wirkung einzelner Antiseptika auf d. Milzbrandcontagium. — *Baranski*, Die Zähmung unserer Hausthiere. — *Czokor*, Ueber d. feinern Bau d. Geflügelpocke (Epithelioma contagiosum). — *Tobolewski*, Kurze Uebersicht über Bau, Zweck u. Krankheiten d. Haare).

S. a. VIII. 3. f. Hommel; 10. Petrone. XIX. 2. Pasteur.

Vgl. a. III. 2. *Vergleichende Anatomie.* VIII. 3. a. *Hydrophobie, Milzbrand, Rotz;* 9. a. *parasitische Hautkrankheiten*; 11. *Endo-* u. *Epizoën.* XIX. 2. *Vergleichende Pathologie.*

XIX. Medicin im Allgemeinen.

1) *Allgemeines; Ausbildung der Aerzte; Standesinteressen der Aerzte; Sammelwerke; mikroskopische Technik; Volksschriften; Vivisektion.*

Arzt u. Patient, Winke für Beide. Stuttgart. Ferd. Enke. gr. 8. 44 S.

Galton, John H., Ueber d. General Practitioners. Brit. med. Journ. July 5.

Gruber, Alexander, Die ärztl. Zustände auf d. Lande in Oesterreich. Wien. med. Presse XXVI. 37.

Hill, Geo, Ueber Stadt- u. Landpraxis. Philad. med. and surg. Reporter LI. 2. p. 29. July.

Holmes, Timothy, Ueber ärztl. Behandl. der Armen. Med. Times and Gaz. Aug. 9.

Jacusiel, Ueber Lebensversicherung d. Aerzte. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 29. 30. p. 454. 470.

Schmidt, Heinrich, Ueber d. Stellung d. Arztes u. sein Verhältniss zur Praxis. Wien. med. Presse XXV. 31.

S. a. XVII. 1. Estradère, Jacobs, Majer, Munro, Stizenberger. XIX. 4. Majer.

Beck, Gustav, Mikrotechnische Spritze. Illustr. Mon.-Schr. f. ärztl. Polytechn. IV. 9.

Bonnet, Robert, Kurz gefasste Anleitung zur mikroskop. Untersuchung thierischer Gewebe. München. M. Rieger'sche Univ.-Buchh. (Gustav Himmer.) gr. 8. 61 S. 1 Mk. 50 Pf.

Calliano, C., Regulator für d. Präparate am Mikroskop. Arch. per le Sc. med. VII. p. 167.

Peyer, Alex., Die Mikroskopie am Krankenbette. Basel. Schwabe. 8. 19 u. 79 S. Tafelerklärung mit 79 farb. Tafeln. 10 Mk.

Klein, Max, Wie lebt man als Vegetarier? Diätregeln f. Freunde harmon. Lebensweise. Berlin. Bohne. 8. 16 S. 50 Pf.

Weidner, G., Wohin? Vortrag am 15. Vereinstags-Congress der deutschen Vegetarianer (Thalysia). Nordhausen, Rudolstadt. Hartung u. Sohn. 8. 8 S. 20 Pf.

Medicinal-Kalender, Wiener, u. Recept-Taschenbuch f. prakt. Aerzte. 8. Jahrg. 1885. Wien. Ur-

ban u. Schwarzenberg. 16. X, 269 u. 224 S. 3 Mk. 20 Pf.

Medicinal-Kalender u. Recept-Taschenbuch f. d. Aerzte d. deutschen Reichs. 7. Jahrg. 1885. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Frankfurt a. M. Johannes Alt. 16. X, 312 u. XXXII S. 3 Mk.

Medicinal-Kalender, Taschenbuch für Civil-Aerzte. Herausg. von Dr. *L. Wittelshöfer*. 27. Jahrg. 1885. Wien. Perles. 16. III, 176 u. 190 S. 3 Mk.

Medicinal-Kalender, Fromme's, österr., u. Recept-Taschenbuch f. d. J. 1885. 40. Jahrg. Herausg. von Dr. *Jos. Nader*. Wien. Fromme. 16. VIII u. 240 S. 3 Mk. 20 Pf.

2) *Allgemeine Pathologie; vergleichende und experimentale Pathologie; pathologische Anatomie; Untersuchungsmethoden; Krankenpflege; Hospitäler.*

Afanassiew, Ueber d. 3. Formbestandtheil d. Blutes im normalen u. patholog. Zustande u. über d. Bezieh. dess. zur Regeneration d. Blutes. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV. 3 u. 4. p. 217.

Arnold, Julius, Ueber d. Theilungsvorgänge an d. Knochenmarkzellen u. weissen Blutkörperchen. Virchow's Arch. XCVII. 1. p. 107.

Bakterien, als Krankheitserreger, s. II. *Bary, Vandevelde*. IV. *Poehl*. VIII. 3. a. *Metschnikoff;* 3. c. *Irsai, Kaatzer, Meisels, Mendelsohn, Sormani;* 3. f. *Finkler, Hueppe, Koch, Lewis, Trevisan;* 5. *Samter, Sée;* 9. a. *Arning, Thin*. XIII. *Widmark*. XIV. 1. *Nathan, Voltolini*. XVI. *Briand*. XIX. 2. *Baumgarten, Mühlhäuser, Schill*. XIX. 4. *Kotelmann*. — Vgl. a. *Mikroorganismen*.

v. Basch, Die Terminologie d. Pulses u. Technik d. Pulsfühlens. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 26.

Baumgarten, Ueber pathogene pflanzl. Mikroorganismen. II. Die pathogenen Schizomyceten. (Sonderabdr. d. deutsch. Med.-Ztg. Heft 27.) Berlin. Grosser. 8. 57 S. mit eingedr. Fig. 80 Pf.

Baumgarten, P., Ueber d. Unterscheidungsmerkmale d. Bacillen d. Tuberkulose u. Lepra. Mon.-Hefte f. prakt. Dermatol. III. 7.

Beardsley, George L., Ueber d. Empfindung b. Tode. Philad. med. and surg. Reporter LI. 8. p. 198. Aug.

Beschorner, Oscar, Zur Geschichte d. Laryngoskopie. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 80.

Biach, Alois, Ueber d. Betheiligung d. einzelnen Lungen- u. Herzkrankheiten an d. Zustandekommen d. Hydrops universalis im Verhältnisse zu anderweitigen Krankheiten. Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Niederösterr. X. 17.

Blitzschlag s. XIII. *Laker*.

Blut, in pathol. Hinsicht, s. VIII. 3. a. *Laache*. XVI. *Briand*. XVII. 1. *Frigerio*. XIX. 2. *Afanassiew, Arnold, Hayem, Hofmann, Raimondi*.

Cheyne, W. Watson, Ueber d. Mikrokokken in Bezug auf Wunden, Abscesse u. sept. Processe. Brit. med. Journ. Sept. 20. 27.

Coates, W. Martin, Ueber hyster. oder nervöses Athmen. Brit. med. Journ. July 5.

Cuming, James, Ueber d. Controle pathologischer Untersuchungen durch klin. Beobachtung. Brit. med. Journ. Aug. 2. — Ueber d. Ursachen d. Krankheit. New York med. Record XXVI. 7; Aug.

Dowdeswell, G. F., Ueber d. Wesen d. Contagium b. verschied. akuten Infektionskrankheiten. Brit. med. Journ. July 19.

Experimentelle Pathologie s. III. 2. *Lustig, Munk*. XIX. 2. *Griffini, Kaufmann, Maffucci, Schiff, Tizzoni*.

Fabre, Paul, Ueber Mycosis fungoides. Gaz. de Par. 35.

Feitelberg, Jos., Der Stand d. normalen untern Lungenränder in d. verschied. Lebensaltern nach d. Ergebnissen d. Perkussion. Inaug.-Diss. Dorpat. Karow. 8. 94 S. 1 Mk. 50 Pf.

Foà, Pio, u. Paolo Pellacani, Ueber fibrinogenes Ferment u. d. giftige Wirkung mancher frischer Organe. Arch. per le Sc. med. VII. p. 113.

Foville, Ach., Ueber Bau u. Verwaltung d. Hospitäler. Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 1. p. 1. Juillet.

Gaglio, G., Ueber Störungen in Bau u. Funktion d. Muskeln während d. Inanition. Arch. per le Sc. med. VII. p. 301.

Gewerbekrankheiten s. VIII. 2. c. *Wolff*. XII. 3. *Guermonprez*.

Geyer, Ueber d. Ursachen d. Immunität. Aerztl. Mittheil. aus Baden XXXVIII. 12.

Goodridge, Henry F. A., Ueber Hyperpyrexie. Practitioner XXXIII. 1. p. 1. July.

Green, Edward H., Ueber d. Gesundheitsverhältnisse d. Ueberlebenden von d. Expedition nach d. Lady-Franklin-Bay. New York med. Record XXVI. 10; Sept.

Greisenkrankheiten s. XII. 1. *Humphry*. XIII. *Landesberg, Mc Gregor*.

Griffini, Luigi, Ueber partielle Regeneration d. Leber. Arch. per le Sc. med. VII. p. 281. — Ueber Entwicklung von Milzknoten im Netze. Ibid. p. 349.

Gull, William W., Ueber internation. Sammelforschung. Brit. med. Journ. Aug. 16. — Lancet II. 7; Aug. — Med. Times and Gaz. Aug. 16.

Haig, Alexander, Ueber d. Einfl. d. Diät auf Kopfschmerz. Practitioner XXXIII. 2. p. 113. Aug.

Hall, C. H. H., Ueber d. physiolog. Wirkung hoher künstl. Temperatur. Proceed. of the naval med. Soc. II. 1. p. 1.

Hankel, Fall von einseitiger Gesichtshypertrophie. Berl. klin. Wchnschr. XXI. 35.

Haupt, Die Schallwahrnehmung b. d. Auskultation. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 36.

Haycraft, John B., Ueber d. Einwirkung eines Sekrets d. officinellen Blutegels auf d. Gerinnbarkeit d. Blutes. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XVIII. 3 u. 4. p. 209. (Jahrbb. CCIII. p. 171.)

Hayem, Ueber Blutuntersuchung als diagnost. Mittel b. akuten Krankheiten. C. r. des acad. et soc. méd. I. 38.

Heitler, M., Zur physikal. Semiotik. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 37.

Hoffmann, G. v., Untersuchungen über Spaltpilze im menschl. Blute. Berlin. Aug. Hirschwald. gr. 8. IV u. 82 S. mit 2 lithogr. Tafeln. 3 Mk.

Israel, Emil, Stethoskop. Mittheilungen. (Enorme Herzhypertrophie mit d. stethoskop. Erscheinungen von Perikardialexsudat. — Eigenthüml. Fall von Wechsel d. Schallhöhe. — Ueber d. diagnost. Werth d. Wechsels d. Schallhöhe.) Hosp.-Tid. 3. R. II. 31. 32.

Kaufmann, C., Die Schilddrüsenexstirpation b. Hunde u. ihre Folgen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XVIII. 3 u. 4. p. 260.

Kaufmann, Emilian, Ueber einige künstl. ausgelöste Erscheinungen bei d. *Cheyne-Stokes*'schen Athmungsphänomen. Prag. med. Wchnschr. IX. 35. 36.

Kaufmann, E., Ueber Enkatarrhaphie von Epithel; experimenteller Beitrag zur Entstehung der Geschwülste. Virchow's Arch. XCVII. 2. p. 236.

Klein, E., Ueber Bezieh. d. Mikroorganismen zu Krankheiten. Practitioner XXXIII. 1. 2. 3. p. 21. 81. 161. July—Sept.

Krannhals, H., Bericht über d. Sektionen im allgem. Krankenhause zu Riga im J. 1883. Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 34—39.

Körpertemperatur s. VIII. 3. a. *Garland, Mc Gillivray, O'Dwyer;* 3. d. *Hendley*. X. *Neve*. XVI. *Hitzig*. XIX. 2. *Goodridge, Reinhard, Tait*.

Longuet, R., Ueber langsamen Puls bulbären Ursprungs. L'Union 130.

Lund, N. Chr., Ueber d. Ursachen d. Krankheiten. Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 9. 10. 11.

Maffucci, Angelo, a) Ueber Destruktion u. Regeneration d. Parenchyms d. Lymphdrüsen. — b) Ueber d. Regeneration d. Milzparenchym b. Infektionskrankheiten. Il mov. med.-chir. 1883. — Arch. per le Sc. med. VII. p. 412.

Mikroorganismen, als Krankheitsursache, s. VIII. 1. *Verhandlungen*; 3. c. *Malassez*; f. *Strauss*; 9. a. *Duclaux*. XII. 1. *Chiene*, *Rosenbach*. XIX. 2. *Klein*, *Vorstädter*. — Vgl. a. *Bakterien*, *Pilze*.

Miller, W. D., Gährungsvorgänge im menschl. Munde; ihre Beziehung zu Caries d. Zähne u. zu verschied. Krankheiten. Deutsche med. Wchnschr. X. 36. Beil.

Moore, John William, Bericht über d. Fieberhospital in Dublin. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 121. 220. [3. S. Nr. 152. 153.] Aug., Sept.

Moriarty, T. B., Ueber zymot. Krankheiten. Lancet II. 1; July.

Mühlhäuser, F. A., Ueber Spirillen. Virchow's Arch. XCVII. 1. p. 84.

Müller, E., Fall von geheilter Aktinomykose. Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 24.

Netter, Ueber d. b. Zersetzung organ. Stoffe entstehenden Gifte u. d. durch dies. bedingten Krankheiten. Arch. gén. 7. S. XIV. p. 74. Juillet.

Ord, William M., Ueber einige mit Affektionen d. Nervensystems in Zusammenhang stehende Ernährungsstörungen. Brit. med. Journ. Aug. 2.

Pasteur, Louis, Ueber infektiöse Krankheiten u. Impfung d. Hundswuth. Med. Times and Gaz. Aug. 23.

Pedlow, J., Ueber endem. Fieber in Indien. Med. Times and Gaz. July 19. 26; Aug. 2. 16.

Philipson, George Hare, Ueber d. patholog. Beziehungen d. absorbirenden Systems. Brit. med. Journ. Aug. 23. — Lancet II. 8. 9; Aug. — Med. Times and Gaz. Aug. 23. 30.

Pilze, als Krankheitsursache, s. VIII. 3. f. *Dolan*, *Sturm*; 5. *Hedenius*, *Klein*, *Samter*; 6. *Liebig*; 9. a. *Fabre*. XVIII. *Bang*, *Johne*. XIX. 2. *Baumgarten*, *Cheyne*, *Fabre*, *Hoffmann*, *Müller*. Vgl. a. *Mikroorganismen*.

Raimondi, Carlo, Ueber Alkalescenz d. Blutes. Ann. univers. Vol. 269. p. 3. Luglio.

Raymond, Ueber Affektionen des Gehirns u. der Hirnhäute b. katarrhal. Affektionen. Gaz. de Par. 37.

Reinhard, C., Zur Casuistik d. niedrigsten subnormalen Körpertemperaturen b. Menschen, nebst einigen Bemerkungen über Wärmeregulirung. Berl. klin. Wochenschr. XXI. 34.

Ribbert, Hugo, Zur Aetiologie d. Trichterbrust. Deutsche med. Wchnschr. X. 33.

Richet, Ch., Ueber d. Einfl. d. Hitze auf d. Respiration u. über Hitzedyspnöe. Gaz. hebd. 2. S. XXI. 33. p. 549.

Riefenstahl, Thdr., Aus d. Krankenwelt. Paderborn. F. Schöningh. 8. IV u. 189 S. 2 Mk. 25 Pf.

Rommelaere, W., Ueber d. Messung d. organ. Ernährung. Journ. de Brux. LXXIX. p. 3. 241. Juillet, Sept.

Rosenbach, P., Ueber d. Verhalten d. Nervensystems im Hungerzustande. Deutsche med. Wchnschr. X. 30. p. 475.

Schiff, Ueber d. Wirkung d. Abtragung d. Schilddrüse. Revue méd. de la Suisse Rom. IV. 8. p. 425. Août.

Schill, Beiträge zur Bakteriologie. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1883—1884. p. 55.

Schütz, Jacob, Zur Lehre von d. akuten Infektionskrankheiten. Prag. med. Wchnschr. IX. 27. 28.

Sell, A., Ueber d. Bedeutung d. Psychologie f. d. Aetiologie. Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 17. 18.

Smith, James W. T., Alte u. neue Ansichten in d. med. Wissenschaft. Brit. med. Journ. Aug. 2.

Taenzerles, F., Ueber d. Genuss d. Weins während d. Verlaufs akuter Infektionskrankheiten. Wien. med. Presse XXV. 31.

Tait, Lawson, Fälle von bemerkenswerther Temperaturerhöhung. Lancet II. 2; July.

Tizzoni, Guido, Ueber partielle Regeneration u. über Neubildung d. Leber. Arch. per le Sc. med. VII. p. 265.

Tod, plötzlicher, s. VIII. 2. a. *Schmid*. XII. 7. a. *Valude*. XVI. *Holsti*.

Verneuil, A., Ueber neoplastische Diathese. Brit. med. Journ. Aug. 30.

Virchow, Rudolf, Ueber Metaplasie. Virchow's Arch. XCVII. 3. p. 410. — Wien. med. Presse XXV. 38. 39. — Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 39. — Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 18. — Brit. med. Journ. Aug. 30. — Med. Times and Gaz. Sept. 6.

Vorstädter, L., Taschenapparat zum Auffangen von Mikroorganismen u. Körpern aus d. atmosphär. Luft. Illustr. Mon.-Schr. d. ärztl. Polytechn. VI. 8.

Walford, Walter G., Ueber prophylaktische Behandlung infektiösen Krankheiten ausgesetzter Personen. Brit. med. Journ. July 5. p. 42.

Wallis, C., Bericht über d. Sektionen im Sabbatsberg-Hospital. Hygiea XLVI. 8. 9. S. 471. 541.

Weiss, J., Die Katastrophe auf Ischia, ein Beitrag zur Pathologie des Schrecks. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 29.

Werner, Fall von Lyssophobie. Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 32.

S. a. III. 3. Gendre, Greenfield. XVII. 1. Finlayson, Pellacani. XIX. 1. Peyer.

Vgl. I. *Patholog.-chemische Untersuchungen*. VIII. 4. *Thromboseu. Embolie*. XII. 2. *Geschwulstbildung*. XIX. 1. *Mikroskopie u. mikroskopische Technik*.

Wegen der anatomischen Veränderungen einzelner Organe s. d. betreffenden Abschnitte VIII., sowie IX. X. XII. 3—9. XIII. XIV. 1. XV. XVI.; nach *Vergiftungen* VII.; bei *Thieren* XVIII.

3) *Allgemeine Therapie. Allgemeine Heilmethoden.*

Adspiration s. XII. 9. *Dobie*.

Allgemeines über Gesundheitspflege u. Krankenkost. Nach eigenen Erfahrungen von J. Baronin R. Giessen. Ricker. 8. 128 S. 1 Mk.

Antiseptische Behandlung s. XIX. 3. *Benham*, *Cousins*. Vgl. a. XII. 1. *Antiseptische Chirurgie*.

Bakody, Theodor v., Die Karyomitosis u. das Princip der biolog.-med. Therapie. Berlin. Otto Janke. gr. 8. 80 S. mit 1 Tafel.

Bareggi, C., Ueber hypodermat. Injektion von Blut. Arch per le Sc. med. VII. p. 35.

Benham, R. Fitzroy, Zerstäubungsapparat für antisept. Flüssigkeiten. Med. Times and Gaz. Aug. 9. p. 201.

Bode, H. W., Ueb. rectale Applikationen. Deutsch-amerik. med. Corr.-Bl. II. 19. p. 325. Juli.

Corradi, A., Histor. Notiz über Holztrank u. Blutreinigungskuren. Ann. univers. Vol. 269. p. 49. Luglio.

Cousins, J. Ward, Ueber einen Inhalationsapparat u. Bemerkungen über antisept. Inhalationen. Lancet II. 3; July. — Med. Times and Gaz. Sept. 20.

Dally, Ueber therapeut. Manipulationen (Massage). C. r. des acad. et soc. méd. I. 37.

Dujardin-Beaumetz, Ueber die grossen Entdeckungen in der Therapeutik seit 50 Jahren. Bull. de Thér. CVII. p. 1. Juillet 15.

Dujardin-Beaumetz, Ueber Desinfektion der mit an contagiösen Krankheiten Leidenden belegt gewesenen Räume. Bull. de l'Acad. 2. S. XIII. 37. p. 1261. Sept. 9. — Bull. de Thér. CVII. p. 241. Sept. 30.

Edson, Cyrus, Flüssigkeitszerstäuber. New York med. Record XXVI. 11; Sept. p. 306.

Fraenkel, Hypodermoklysis. Med. Centr.-Ztg. LIII. 75.

Fux, Zur Kochsalztransfusion als Prophylaktikum. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 31.

Grasset, J., Ueber d. therapeut. Methoden, d. klin. Untersuchung u. d. Indikationen in d. Therapie. Bull. de Thér. CVII. p. 193. Sept. 15.

Hassall, Arthur Hill, Inhalationsapparat. Lancet II. 7; Aug.

Henry, Louis, Ueber Massage. Austral. med. Journ. VI. 8. 337. Aug.

Hug, Fr., Neues Krankenbett. Illustr. Mon.-Schr. f. ärztl. Polytechn. VI. 9.

Hydrotherapie s. XVI. *v. Gellhorn.* XIX. 3. *Weicker*, *Weiser.*

Infusion, intravenöse u. subcutane s. VIII. 3. f. *Nicolas*, *Samuel.*

Klysma s. VIII. 6. *Green.* XIX. 3. *Bode.*

Kronecker, H., Ueber Kochsalzwasser-Infusion. Deutsche med. Wchnschr. X. 32.

Lawson, Robert, Ueber den Transport Verwundeter u. Kranker. Lancet II. 3; July.

v. Liebermeister, Ueber d. antipyret. Behandlung. Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 38.

Maclagan, T. J., Ueber d. Methoden d. therapeut. Untersuchung. Brit. med. Journ. Aug. 9.

Massage s. XIX. 3. *Dally*, *Henry.*

Mayer, G., Ueber individualisirende Antipyrese. Deutsche med. Wchnschr. X. 30.

Morice, Zur hypodermat. Behandlung. C. r. des acad. et soc. méd. I. 39.

Riegner, Ueber d. heutigen Stand d. Transfusionsfrage, insbes. d. Infusion von Kochsalzlösung. Bresl. ärztl. Ztschr. VI. 15.

Roussel, J., Ueber direkte Transfusion lebenden Blutes. Progrès méd. XII. 28. 30.

Sanquirico, C., Ueber Transfusion defibrinirten Blutes. Arch. per le Sc. med. VII. p. 219.

Subcutane Injektion s. VIII. 2. c. *Strahan;* 3. f. *Luton;* 10. *Shoemaker.* XVI. *Lucaszewski.* XIX. 3. *Bareggi*, *Fränkel*, *Morice.*

Transfusion s. VIII. 3. a. *Mikulicz.* X. *Vleminckx.* XIX. 3. *Fux*, *Kronecker*, *Riegner*, *Roussel*, *Sanquirico.*

Weicker, Geo., Die Natur heilt oder d. Wasser u. die Pflanzenkost in ihrer Beziehung zur Lebens- u. Heilkraft in gesunden u. kranken Tagen. Leipzig. Grieben. 8. 37 S. 25 Pf.

Weiser, Carl, Vortrag über einige Fortschritte in der Hydrotherapie u. die Therapie überhaupt mit Demonstrationen neuerer hydrotherapeut. Hülfsapparate. Freiwaldau. Blažek. 8. 16 S. 60 Pf.

Whitson, James, Ueber Ambulanzen in Schottland. Edinb. med. Journ. XXX. p. 193. [Nr. 351.] Sept.

Wood, H. C., Ueber Antipyrose. Journ. of Physiol. V. 3. p. 140.

Yeo, J. Burney, Ueber Behandl. d. Krankheiten. Med. Times and Gaz. July 12.

S. a. IV. Kochs, Petri.

Vgl. V. 3. *Metalloskopie.* XII. 1. *Drainage.* XIX. 2. *Endoskopie*, *Gastroskopie*, *Laryngoskopie*, *Rhinoskopie.*

4) *Med. Geographie, Statistik, Bibliographie und Biographien.*

Bericht, ärztlicher, d. k. k. allgemeinen Krankenhauses zu Prag vom J. 1882. Prag. Calve. 8. III u. 315 S. 3 Mk.

Bericht über d. 57. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Magdeburg. Deutsche med. Wochenschr. X. 39. 40. — Berl. klin. Wchnschr. XXI. 39. — Wien. med. Wchnschr. XXXIV. 39.

Bericht über d. Betrieb d. Ludwigs-Spitals Charlottenhülfe in Stuttgart in d. Jahren 1879 bis 1883. Stuttgart. W. Kohlhammer. 8. VI u. 53, 57 u. 21 S. 1 Mk. 50 Pf.

Böhm, Friedrich, Die Morbiditätsstatistik in Bayern. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 35.

Brièle, Léon, Zur Geschichte der Hospitäler in Paris. Gaz. des Hôp. 101. 104.

Chevers, Norman, Ueber die Gesundheitsverhältnisse in Indien. Med. Times and Gaz. July 26., Aug. 30., Sept. 20. 27.

Congress, internationaler medicinischer, zu Kopenhagen. Deutsche med. Wchnschr. X. 34—40. — Berl. klin. Wchnschr. XXI. 36—39. — Revue d'Hyg. VI. 9. p. 754. Sept. — Brit. med. Journ. Sept. 20. — Hosp.-Tid. 3. R. II. 33. 35. — Petersb. med. Wchnschr. N. F. I. 36. — Wien. med. Presse XXV. 39. — Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 13. 14.

Gore, Albert A., Febris complicata in Indien. Dubl. Journ. LXXVIII. p. 1. [3. S. Nr. 151.] July.

Graetzer, J., *Daniel Gohl* u. *Christian Kollmann.* Zur Geschichte d. Medicinal-Statistik. Nebst einem Beitrag von Dr. *Markraf* u. archival. Beilagen. Breslau. Schottländer. 8. XVII u. 155 S. 3 Mk. 50 Pf.

Graf, Leopold, Statist. Nachweisung der Sterblichkeitsvorgänge u. Geburtenverhältnisse in 24 bayr. Städten f. d. Monate April, Mai. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 31. 36.

Gussmann, E., Ueber die Sterblichkeit in Stuttgart u. Parzellen im J. 1883. Würtemb. Corr.-Bl. LIV. 28. 29. 31. 32.

Hawkins, Charles, Ueber d. Lehrer d. Anatomie in London. Lancet II. 13; Sept.

Hildebrandsson, H. H., Ueber d. Witterungsverhältnisse zu Upsala im J. 1883. Upsala läkarefören. förh. XIX. 7. S. 495.

Huber, J. Ch., Ueber *Jakob Rueff.* Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 28.

Hume, T., Ueber d. Sterblichkeit in Indien. Practitioner XXXHI. 2. p. 149. Aug.

Hyades, Hygiein. u. med. Notizen über d. Feuerländer d. Archipels am Cap Horn. Revue d'Hyg. VI. 7. p. 550. Juillet.

Jahresbericht über d. Verwaltung d. Medicinalwesens, die Krankenanstalten u. d. öffentl. Gesundheitsverhältnisse der Stadt Frankfurt a/M. 27. Jahrg. 1883. Frankfurt a/M. Sauerländer. 8. IV u. 272 S. 3 Mk. 60 Pf.

Johnson, George, A defence of *Harvey* as the discoverer of the circulation of the blood, in reply to Prof. *Scalzi*, of Rome. London. Smith, Elder and Co. 8. 23 pp.

Knaggs, Samuel, Ueber d. Fortschritte in der Medicin u. Chirurgie. Brit. med. Journ. July 12.

Kotelmann, L., Der Bacillus malariae im Alterthume. Virchow's Arch. XCVII. 2. p. 361.

Krankenaufnahme u. Bestand in d. Krankenhäusern von 54 Städten d. Provinzen Westfalen, Rheinland u. Hessen-Nassau im Mai—Juli 1884. Centr.-Bl. f. allgem. Geshpfl. III. 7. 8 u. 9. p. 319. 359.

Lagneau, Gustave, Ueber Einwanderung in Frankreich. Ann. d'Hyg. 3. S. XII. 1. p. 21; Juillet.

Majer, Carl, Die Sterblichkeit der Aerzte in Bayern von 1864 bis mit 1883. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 27.

Nekrologe, *Jul. Cohnheim* von *E. Klebs:* Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XVIII. 3 u. 4. p. 1; von *Marchand:* Deutsche med. Wchnschr. X. 36. 37; von *C. Weigert:* Berl. klin. Wchnschr. XXI. 35. — *Charles Hilton Fagge* von *Walter Moxon:* Lancet II. 9; Aug.

Reclam, C., 5. internationaler Congress f. Hygieine u. Dermographie. Gesundheit IX. 17.

Salomon, Zur Krankheitsstatistik Dänemarks. Ugeskr. f. Läger 4. R. X. 3.

Salomon, Max, Biographien hervorragender Aerzte (Albertus Magnus, Amatus Lusitanus, Apinus). Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 30. 36. 38.

Sasse, A., Commissionsbericht über d. Ethnologie d. Niederlande. Nederl. Weekbl. 34.

Schierbeck, Beitrag zur Nosographie Islands. Hosp.-Tid. 3. R. II. 27. 40.

Sécretan, Louis, Ueber d. Sterblichkeit in Lausanne 1882 u. 1883. Revue méd. de la Suisse Rom. IV. 8. p. 446. Août.

Shapter, Lewis, Ueber d. med. Wissenschaft zur Zeit des Hippokrates u. in neuerer Zeit. Brit. med. Journ. July 5.

Sozinskey, Thos. S., Hippokrates u. seine Praxis. Philad. med. and surg. Reporter LI. 8. p. 200. Aug.

Sterblichkeitsstatistik von 57 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland u. Hessen-Nassau in d. Mon. Mai—Juli 1884. Centr.-Bl. f. allgem. Geshpfl. III. 7. 8 u. 9. p. 320. 360.

Tollin, Henri, Die Engländer u. d. Entdeckung d. Blutlaufs. Virchow's Arch. XCVII. 3. p. 431.

Verhandlungen d. Vereenigung tot bevordering der geneeskundige wetenschappen in Nederlandsch-Indië. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXIV. 2.

S. a. III. 1. Güttler. VIII. 3. a. Almquist, Bérenger; 3. d. Gore; 3. e. Maillot, Tacchini; 5. Barrett. XII. 1. Friedländer. XVI. Kratter. XIX. 2. Beschorner, Pedlow; 3. Corradi.

D. Miscellen.

Unter dem Titel „*Statistik der zur Ausübung der Heilkunde nicht approbirten Personen*“ für das J. 1883 in Bayern hat Dr. Carl Majer (Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXXI. 37. 1884) nach amtlichen Quellen und unter Vergleichung mit dem Verhalten im J. 1882, sowie der Durchschnittszahlen für die Perioden 1879—83 und 1874—78, einen sehr interessanten Beitrag zur Kenntniss des *Kurpfuscherthums* geliefert, dem wir Folgendes entnehmen.

Die Gesammtzahl der nicht approbirten Heilkünstler war am Schlusse des J. 1883 = 1485, um 8 mehr als am Schlusse des Vorjahres, um 61 weniger als im Durchschnitt während des Jahrfünfts 1879—83, dagegen 47 mehr als in der Periode 1874—78. Von diesen 1485 Personen waren 1068 Männer, 417 Weiber, von erstern 2, von letztern 6 mehr als im J. 1882. Das Procentverhältniss der weiblichen Kurpfuscher zeigt während des Zeitraumes von 1874—83 eine stetige Zunahme: 28.1 für das J. 1883, 27.8 für 1882, 23.5% für die Periode 1874—1878. Die Gesammtzahl der Kurpfuscher belief sich 1882 auf 1477, 1879—83 und 1874—78 im Durchschnitt auf 1546, bez. 1438, so dass das Jahr 1883 direkt eine Zunahme (abgesehen von 1879—83) darbietet, unter Berücksichtigung der Gesammtbevölkerung des Königreichs ergiebt sich aber eine Abnahme, indem auf 100000 Einw. in den Jahren 1883 und 82 je 27.4, während der Perioden 1879—83 und 1874—78 hingegen 29.2, bez. 28.3 Kurpfuscher kommen. Vf. hebt indessen hervor, dass auf diese Schwankungen kein grosses Gewicht zu legen ist, da die Ueberschreitungen ihrer Befugniss von Seiten der Chirurgen, Bader, Apotheker und Hebammen in den amtlichen Berichten bald mehr, bald weniger häufig erwähnt werden, je nachdem sie zur Kenntniss der betr. Aerzte gekommen sind, oder die fragl. Individuen ihre Pfuschereien in grösserem Maassstabe oder nur vereinzelt, vielleicht sogar nur im Nothfalle ausüben.

Unter den einzelnen Regierungsbezirken nehmen sowohl in Bezug auf die direkte Zahl, als auch im Verhältniss zur Gesammtbevölkerung Niederbayern u. Schwaben die höchste, Unterfranken und die Pfalz die niedrigste Stelle ein. In München ist gegen das J. 1882 eine nicht unbeträchtliche Zunahme der Kurpfuscher eingetreten, zum Theil wohl in Folge genauerer Aufzeichnung.

Die Zahl der ausserhalb Bayerns wohnenden Pfuscher ist im J. 1883 etwas geringer gewesen als in den beiden Jahrfünften 1879—83, 1874—78, d. h. 3.8 zu 4.4, bez. 4.0%, das weibliche Geschlecht war dabei mit 20% vertreten, gegen 28.4% bei den einheimischen Pfuschern.

In Bezug auf den Stand und Beruf sind die Pfuscher in solche zu unterscheiden, welche zwar geprüfte Medicinalpersonen sind, aber die ihnen zustehenden Befugnisse beständig überschreiten (Chirurgen, Bader, Zahnärzte, Apotheker, Hebammen), und solche, welche verschiedenen andern Berufsarten angehören (*ungeschulte* Pfuscher). Zur erstern Kategorie gehörten im J. 1883 von der Gesammtzahl der Kurpfuscher 36.8% (gegen 37.4 und 39.2% in den beiden genannten Perioden). Hinsichtlich des Verhaltens anderer Berufsarten muss auf die von Vf. beigegebene vergleichende tabellarische Uebersicht verwiesen werden. Hervorgehoben sei nur, dass die Zahl der kurpfuschenden *Geistlichen* wesentlich abgenommen hat (63 im J. 1883, gegen 79, bez. 100, in den beiden Perioden), wie Vf. hinzufügt, in Folge der [sehr anerkennungswerthen] Einwirkung von Seiten der geistlichen Oberbehörden.

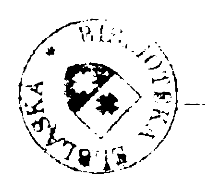
In Bezug auf die Art der Ausübung der Heilkunde verdient der Umstand als bemerkenswerth hervorgehoben zu werden, dass die Ausübung der *gesammten Heilkunde* durch nicht approbirte Personen jetzt seltener vorzukommen scheint, als in frühern Jahren, wogegen die *Zubereitung u. der Verkauf von Arzneimitteln* in ziemlich gleichem Verhältnisse gestiegen ist. Diese beiden Arten der Ausübung der Heilkunde stehen aber, wie Vf. hervorhebt, in innigster Verbindung mit einander, insofern jene Personen, welche sich mit dem Gesammtgebiete der Heilkunde befassen, in der Regel auch die nothwendigen Arzneimittel selbst bereiten und abgeben. Auf letztere Thatsache scheint jetzt in den amtsärztlichen Verzeichnissen ein grösseres Gewicht gelegt zu werden, als früher, weil bei festgestelltem Thatbestande unberechtigter Arzneibereitung und Arzneiabgabe strafrechtliches Verfahren eingeleitet werden kann. In der That ist auf diese Weise auch im J. 1883 wieder eine ansehnliche Zahl von Pfuschern mit zum Theil empfindlichen Geldstrafen belegt worden, und es ist zu hoffen, dass durch diese Maassregel, wenn sie streng durchgeführt wird, die ärztlichen Pfuschereien mehr und mehr in engere Grenzen eingeschlossen werden können.

Im Einklang mit der obigen Bemerkung steht auch die Thatsache, dass, wie sich aus der Tabelle ergiebt, die Zahl der kurpfuschenden Händler, Kaufleute und Krämer (55 im J. 1883 gegen 30.8% in der Periode 1874—78), der durch Abgabe von Geheimmitteln u. Ausübung von Sympathie kurpfuschenden Personen (176 i. J. 1883 gegen 152.2 in der Periode 1874—78), sowie der Arzneimittel bereitenden und abgebenden Pfuscher (365 im J. 1883 zu 203 in der Periode 1874—78) in offenbarer Zunahme begriffen ist. In Bezug auf die Geheimmittel erscheint bemerkenswerth, dass aus einzelnen Bezirken über den überaus häufigen Verkauf der sogen. *Schweizer-Pillen* geklagt wird, nach deren Gebrauche in mehreren Fällen sehr üble Folgen beobachtet worden sind. Der *Baunscheidtismus* wird neuerdings seltener ausgeübt, dagegen scheint die *Elektro-Homöopathie* in Aufnahme zu kommen, während die Zahl der *homöopathischen* Kurpfuscher ziemlich unverändert geblieben ist.

Sach-Register.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Seite.)

Namen-Register.





Druck von Walter Wigand in Leipzig.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. *A. Winter.* —— Leipzig, Walter Wigand's Buchdruckerei.